



Comité Départemental contre  
les Maladies Respiratoires

# FICHE INSCRIPTION DU PATIENT ATELIERS DU SOUFFLE

A remettre au CDMR64  
« LES ATELIERS DU  
SOUFFLE »

ou par fax : **09 82 62 14 62**

ou par email :

[cd64@lesouffle.org](mailto:cd64@lesouffle.org)

Cachet du Professionnel de santé

DATE : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE DOMICILE : .....

TELEPHONE PORTABLE : .....

ALLERGIE : .....  OUI  NON

STADE DE L'ASTHME :

INTERMITTENT .....

LEGER PERSISTANT .....

MODERE PERSISTANT .....

SEVERE PERSISTANT .....

Traitement de crise : .....

Traitement de fond : .....