

DEMANDE D'AUTORISATION A DES FINS THERAPEUTIQUES

ASTHME

Ce guide a été agréé par le comité consultatif des AUT sur le fondement des travaux du docteur Jean François DESSANGES.

Interrogatoire

- 1- Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ? NON OUI
Si non aller à la question n°3 et si oui continuer le questionnaire
- 2- Le diagnostic d'asthme a-t-il été confirmé par un médecin ? NON OUI
- 3- La nuit êtes-vous parfois réveillé par une toux et une gêne respiratoire ? NON OUI
- 4- Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine ? NON OUI
- 5- Avez-vous de la toux, des sifflements après un exercice intense, par exemple une course rapide ? NON OUI
- 6- Prenez-vous des médicaments pour faire disparaître ces symptômes ? NON OUI
- 7- Dans votre famille y a-t-il des asthmatiques ? NON OUI
- 8- Avez-vous eu des TESTS ALLERGIQUES CUTANÉS
Si non aller à la question n°10 et si oui continuer le questionnaire
- 9- TESTS CUTANÉS POSITIFS aux :
- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Acariens | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| Pollen de graminée | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| Chat | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| Pollen d'arbres | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| Autres allergies | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
- 10- Avez-vous eu une prise de sang pour rechercher IGE spécifique (RAST) NON OUI

CRITERES OBJECTIFS DE DIAGNOSTICS

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1- Mesure du PEAK-FLOW | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 2- Valeur du PEAK-FLOW normale | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 3- Spirométrie (courbe débit/volume) | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 4- Spirométrie normale | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 5- Trouble ventilatoire obstructif : VEMS/CV < 70 % | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 6- Les tests suivants ont-il été effectués sans traitement | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 7- Test de réversibilité bronchique positif :
+ 12 % par rapport aux valeurs théoriques et au + 200 ml sur le VEMS | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 8- Test de provocation bronchique (TPB) à la métacholine positif : | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 9- Test de provocation bronchique à la métacholine : | | |
| méthode dosimétrique (Pd 20) | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| méthode nébulisation continue (Pc 20) | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 10- Test de provocation bronchique à l'exercice positif : | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| sur bicyclette ergométrique | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| sur tapis roulant | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| course libre | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| 11- Test de provocation bronchique par hyperventilation isocapnique
en air sec et froid | | |
| <u>Positif</u> | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |