Reportez sur cette feuille vos mesures du souffle.

Imprimez la, et donnez la à votre médecin.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance (jour / mois / année) : ..... / ..... / .....

Taille (en centimètres) :

Homme ☐ **Femme** ☐

Notez ici la meilleure valeur de DEP que vous avez déjà obtenue : .....

Indiquez ici le nom de vos médicaments actuels :

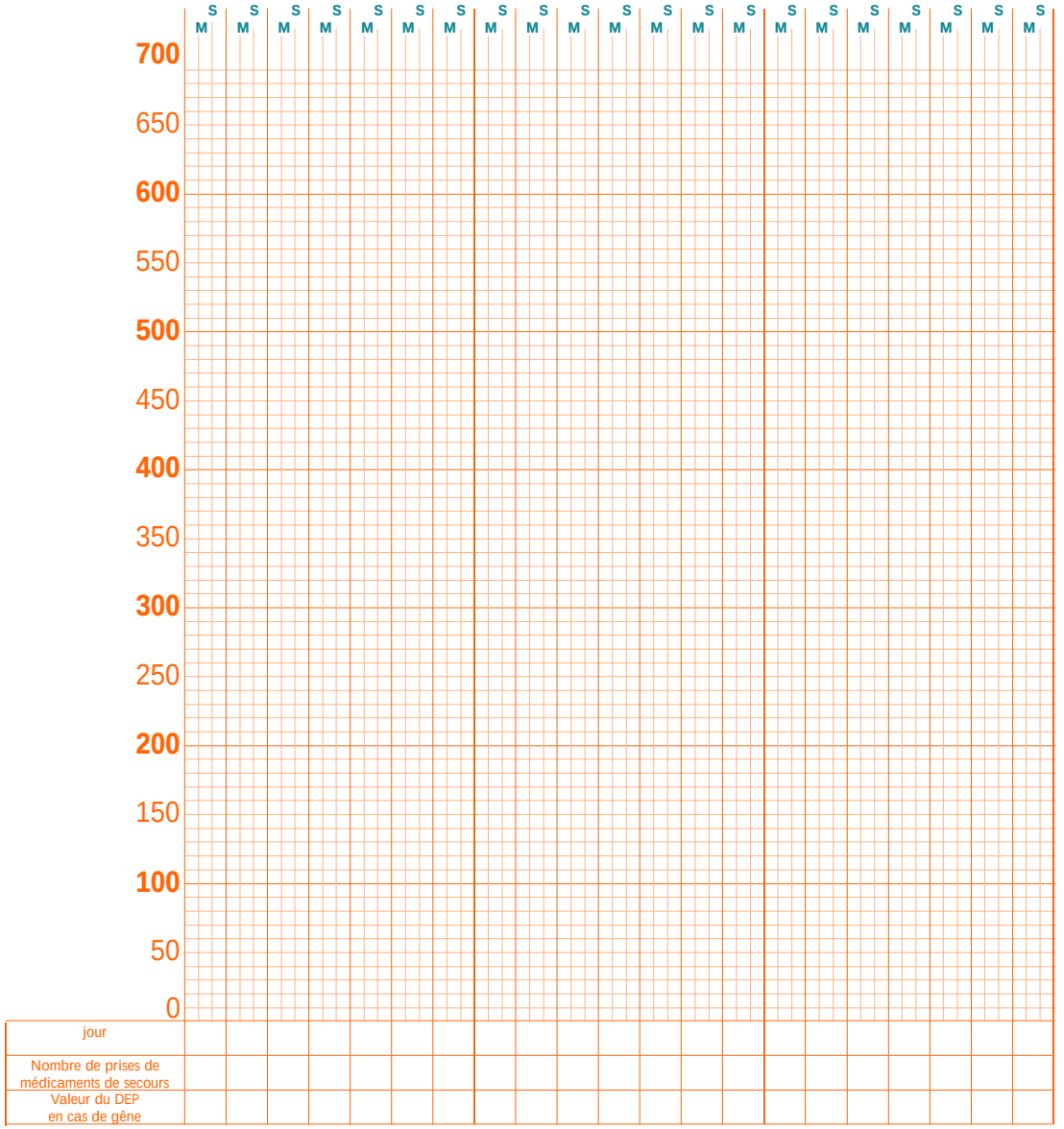
.....

.....

.....

.....

Vous contrôlez votre souffle par la mesure de votre DEP.
Il est important de noter les résultats matin (M) et soir (S). Ne retenez que le plus haut chiffre obtenu.
En reliant les points, vous pouvez suivre les variations de votre DEP. Si vous êtes gêné pour respirer, ou si votre respiration devient sifflante à un moment du jour ou de la nuit, mesurez aussi à cette occasion votre DEP et marquez le chiffre obtenu dans la case «Valeur du Dep» correspondant à cette date.


S M S M S M