

Vos mesures de souffle par le débitmètre de pointe
 «DEP ou peak flow » (matin et soir)

Coordonnées patients

Nom: _____

Prénom: _____

Reportez sur cette feuille vos mesures
 de souffle matin et soir.

N'oubliez pas de saisir la date
 correspondant à vos mesures.

A apporter lors de votre prochaine
 consultation.

DEP
 l/min

Date



