

EXERCISE TESTS
 Clinical Study of IPPB

Form 1-4

Date tests done 5-10
Mo Day Yr

A. PATIENT IDENTIFICATION

1. Treatment center number 11

2. Patient number 12-15

3. Date of birth 16-21
Mo Day Yr

B. VISIT INFORMATION

1. Month number (0-36) 22-23

2. Type of visit

Baseline 24

3 month

12 month

24 month

36 month

Other

E. PHASE I - One Minute increment testing (room air)

1. Is the patient currently participating in an exercise program? NO YES 30

2. Skinfold thickness (mm) 31-32

3. Was Phase I performed on room air?
 (If NO, SKIP to Section D)

Yes 33

No, patient refused

No, patient too ill

Specify _____ No, other reason

4. Level completed (01 = 100, 02 = 200, etc.) 34-35

5. Data for each level

Power output	Heart rate (/ minute)	Ventilation (Liters)	Respiratory Rate (/ minute)	
a. Resting	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	88-46
b. 100 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	67-55
c. 200 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	56-64
d. 300 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	65-73
e. 400 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	74-82
f. 500 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	83-91
g. 600 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	92-100
h. 700 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	101-109
i. 800 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	110-118
j. 900 kpm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	119-127
k. Maximum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	128-136

6. End point for Phase I

	NO	YES	
a. Heart rate \geq 180/min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137
b. Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138
c. Severe dyspnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139
d. Extreme fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140
e. Dizziness or faintness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141
f. Marked apprehension, mental confusion, or lack of coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142
g. Sudden onset of pallor and sweating or cyanosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143
h. Premature ventricular contractions of more than 4 higher than the frequency observed at rest, or 2 or more PVC's in succession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144
i. Ischemic ST-T wave changes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145
j. Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146

D. PHASE I - One Minute Increment Testing (O₂)

1. Was Phase I performed on O₂?
(If NO, SKIP to Section E)

Yes	<input type="checkbox"/>	150
No, O ₂ not needed	<input type="checkbox"/>	
No, patient refused	<input type="checkbox"/>	
No, patient too ill	<input type="checkbox"/>	
Specify _____ No, other reason	<input type="checkbox"/>	

2. Level completed (01 = 100, 02 = 200, etc.)
3. Data for each level

	Power Output	Heart rate (/ minute)	
			<input type="text"/> <input type="text"/> 151-152
a.	resting		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 153-155
b.	100 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 156-158
c.	200 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 159-161
d.	300 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 162-164
e.	400 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 165-167
f.	500 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 168-170
g.	600 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 171-173
h.	700 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 174-176
i.	800 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 177-179
j.	900 kpm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 180-182
k.	Maximum		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 183-185

4. End point for Phase I:

	NO	YES	
a. Heart rate \geq 180/min	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	186
b. Chest pain	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	187
c. Severe dyspnea	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	188
d. Extreme fatigue	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	189
e. Dizziness or faintness	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	190
f. Marked apprehension, mental confusion, or lack of coordination	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	191
g. Sudden onset of pallor and sweating or cyanosis	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	192
h. Premature ventricular contractions of more than 4 higher than the frequency observed at rest, or 2 or more PVC's in succession	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	193
i. Ischemic ST-T wave changes	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	194
j. Other _____	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	195

Patient # _____

Date _____

E. PHASE II - Steady state exercise and gas exchange analysis

1. Was this procedure performed?
(If NO, SKIP to Section F)

- Yes 1 207
- No, patient refused 2
- No, patient too ill 3
- No, requires supplemental oxygen 4
- Specify _____ No, other reason 5

2. Power output used (KPM) 208-210

3. Values at rest and exercise

	Rest	3 Minutes	5 Minutes	
a. Heart rate (/min)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	211-219
b. Respiratory rate (/min)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	220-225
c. PaO ₂ (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	226-234
d. PaCO ₂ (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	235-243
e. pH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	244-255
f. Minute ventilation (V _E) (L/min)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	256-270
g. Oxygen consumption (VO ₂) (ml/min)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	271-282
h. CO ₂ production (VCO ₂) (ml/min)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	283-294
i. Dead space/tidal volume ratio (V _D /V _T)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	295-300
j. (A-a) O ₂ (mmHg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	301-309
k. Time collection started (minutes after start of exercise)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	310-315

F. Were all pulmonary function and exercise tests done within 5 days? If NO, give reason and number of days.

NO YES

1 2 316

Patient # _____ Date _____

G. BLOOD GASES FOR PATIENTS ON OXYGEN

1. Was this procedure performed?

Yes

319

No, patient is not on oxygen

No, patient refused

No, patient is too ill

Specify _____ No, other reason

2. How many hours have elapsed since the patient last used oxygen? Comment if less than 2 hours.

320-321

3. PaO₂ on room air (mmHg)

322-324

4. PaCO₂ on room air (mmHg)

325-327

5. pH on room air

328-331

6. PaO₂ on oxygen

332-334

7. PaCO₂ on oxygen

335-337

8. pH on oxygen

338-341

H. Person responsible for information recorded on this form:

_____ Date _____