

Service de réadaptation cardio-respiratoire

HOSPITALISATION DE JOUR

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE DE FRANCHE-COMTÉ
« Unité d'Héricourt » - Héricourt (70)

Médecin ou Service demandeur

Tel. :

Fax.:

Médecin (ayant renseigné la demande) :

.....

Sexe : F H

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Tél. :

Adresse : Date de naissance :/...../.....

Prise en charge souhaitée :

affection cardio-vasculaire

affection pulmonaire

Pathologie principale actuelle :

.....

Traitement actuel :

.....

Complications éventuelles :

.....

EFR

(la réponse à tous ces critères est nécessaire pour la prise en compte de la demande)

VEMS = % Th CV = % Th

Ces valeurs sont-elles optimales pour ce patient ?

oui non

Pa O₂ (mmHg) = Pa CO₂ (mmHg) =

Antécédents :

.....

Objectif du stage :

Dans l'année précédant l'admission :

Statut infectieux connu : oui non

BMR : oui non

- Voyage dans un pays étranger : oui non
si oui, précisez la date :

- Hospi. dans un pays étranger : oui non
si oui, précisez la date :

Le patient exerce-t-il une activité professionnelle ?

oui non

Peut-il l'interrompre pendant un mois ? oui non

Le patient fume-t-il ?

Si oui, est-il motivé d'entrer dans une démarche de sevrage tabagique ? oui non

Informations médicales