

Demande d'admission

Service de réadaptation cardio-respiratoire

HOSPITALISATION COMPLÈTE

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE DE FRANCHE-COMTÉ
« La Grange-sur-le-Mont » - Pont d'Héry (39)

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 :/...../.....
.....

Informations médicales

Hospitalisé dans votre établissement depuis le

Date d'admission souhaitée :

Prise en charge souhaitée :

affection cardio-vasculaire

affection pulmonaire

obésité : poids

IMC

Pathologie principale actuelle :

Complications éventuelles :

Antécédents :

Dans l'année précédant l'admission :

Statut infectieux connu : oui non

BMR : oui non

Escarres constitués : oui non

Isolement : oui non

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

- Hospitalisation dans un pays étranger :
 oui non

si oui, précisez la date :

