

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

Prise en charge souhaitée :

affection cardio-vasculaire

affection pulmonaire

Obésité

Informations médicales

Pathologie principale actuelle :

Poids :

Taille :

IMC :

Complications éventuelles :

Antécédents :

Traitement actuel :

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 :

Profession :

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

Le patient fume-t-il ? oui non

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