

Service de réadaptation cardio-respiratoire

HOSPITALISATION DE JOUR

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE DE FRANCHE-COMTÉ
« Les Hauts de Chazal » - Franois (25)

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 ?

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

Informations médicales