

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 :

réadaptation après un cancer du sein

Pathologie principale actuelle :

Traitement actuel :

Antécédents / Allergies :

Complications éventuelles :

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 3 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

Merci de joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée

Informations médicales