

## 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