

## 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

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