

# Demande d'admission

Centre de Réadaptation Cardologique et Pneumologique  
« Unité d'Héricourt » - 14 rue du Docteur Gaulier - Héricourt (70)  
Tel. 03 84 46 56 60 - www.fondation-arcenciel.fr



## Réadaptation cardio-respiratoire

hospitalisation de jour

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  
 réadaptation post-traitement cancer

Informations médicales

Pathologie principale actuelle :

Traitement actuel :

Complications éventuelles :

EFR (pneumo)

(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 O<sub>2</sub> (mmHg) =  Pa CO<sub>2</sub> (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

Document à transmettre au secrétariat des admissions

 [ub-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr](mailto:ub-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr) (messagerie sécurisée) | [crcp70-admission@fondation-arcenciel.fr](mailto:crcp70-admission@fondation-arcenciel.fr)