

Demande d'admission

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE
DE FRANCHE-COMTÉ Franois (25) Héricourt (70)
www.fondation-arcenciel.fr



Réadaptation

- AFFECTION CARDIO-VASCULAIRE
 - AFFECTION PULMONAIRE (FRANCOIS)
 - OBÉSITÉ / SURPOIDS (FRANCOIS)
 - ONCOLOGIE (POST-TRAITEMENT CANCER)
-
- HOSPITALISATION DE JOUR

Médecin ou Service demandeur

Tel. :
Fax. :

Médecin (ayant renseigné la demande) :
.....

DATE DE LA DEMANDE :

Sexe : F H

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Tél. :

Adresse :
.....

Date de naissance :/...../.....

Informations médicales

Hospitalisé dans votre établissement depuis le

Date d'admission souhaitée :

Poids : Taille : IMC :

Pathologie principale actuelle :

Complications éventuelles :

Antécédents :

Dans l'année précédant l'admission :

Statut infectieux connu : oui non

Escarres constitués : oui non

Isolement : oui non

BMR : oui non

- Voyage dans un pays étranger : oui non

si oui, précisez la date :

- Hospitalisation dans un pays étranger :

oui non si oui, précisez la date :

Le patient fume-t-il ? oui non

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

Autres conduites addictives oui non

préciser :

Document à transmettre au secrétariat des admissions

FRANCOIS (25) | Tel : 03 81 41 80 68

HERICOURT (70) | Tel : 03 84 46 56 60

ub-crqp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crqp25-admission@fondation-arcenciel.fr

uh-crqp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crqp70-admission@fondation-arcenciel.fr



Demande d'admission

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE
DE FRANCHE-COMTÉ Franois (25) Héricourt (70)
www.fondation-arcenciel.fr

NOM : Prénom :

Précautions complémentaires : oui non

Si oui, précisez :

Traitement actuel : (joindre les ordonnances actualisées)

Réadaptation : demandée par la personne
 proposée et acceptée par la personne
 ne sait pas

Locomotion : sans aide
 avec aide d'une personne
 avec cannes (1 ou 2) ou déambulateur
 fauteuil roulant seule ou accompagnée
- peut emprunter des escaliers oui non
- périmètre de marche dans la chambre uniquement
 dans l'établissement ou plus (préciser)
.....

Toilette : seul
 avec aide partielle
 avec aide totale

Élimination : continence
 incontinence urinaire fécale

Alimentation : seul à aider (préciser)
 Intolérance / allergie alimentaire :

Dispositifs médicaux : Non Oui préciser :
ex: VNI, déambulateur...

Autres : trachéotomie
 V. A. oxygène Débit :
Durée :

Devenir :

- Le but de ce questionnaire est essentiellement d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes à leur arrivée dans le service.
- Afin d'éviter des examens redondants et inutiles, nous souhaiterions à l'admission en plus du courrier médical, un double des derniers résultats biologiques : ionogramme sanguin, sérologie H.I.V. - V.H.B. - V.H.C., les résultats du bilan anti-coagulant ainsi qu'une radiographie pulmonaire récente et le dernier ECG.

Document à transmettre au secrétariat des admissions

FRANOIS (25)

 ub-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crcp25-admission@fondation-arcenciel.fr

HERICOURT (70)

 uh-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crcp70-admission@fondation-arcenciel.fr