

## Réadaptation cardio-respiratoire

Médecin ou Service demandeur

Tel. : .....

Fax.: .....

HOSPITALISATION DE JOUR  HOSPITALISATION COMPLÈTE

Médecin (ayant renseigné la demande) :

.....

DATE DE 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

Hospitalisé dans votre établissement depuis le .....

Objectif du séjour :

Date d'admission souhaitée : .....

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Pathologie principale actuelle :

Complications éventuelles :

Antécédents :

Dans l'année précédant l'admission :

Statut infectieux connu :  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 : .....

Conduites addictives :  oui  non

préciser : .....

Document à transmettre au secrétariat des admissions



# Demande d'admission



Fondation  
ARC-EN-CIEL

2/2

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE  
DE FRANCHE-COMTÉ « La Grange-sur-le-Mont » - Pont d'Héry (39)

Tel. 03 84 53 16 51 - 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)  
.....

Etat cutané :  escarres  
 autre (préciser) : .....

Toilette :  seul  avec aide partielle  avec aide totale  
Elimination :  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

gslm-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée) | crcp39-admission@fondation-arcenciel.fr