

ETIQUETTE

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
AGE : SEXE : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

Demande d'Admission **REEDUCATION CARDIO-RESPIRATOIRE**

(À Faxer au : 0262 54 99 31)

Médecin demandeur * :

Tel * :

Mail * :

Date pré-admission / délais prévisionnel :

Prise en charge : **CARDIOLOGIE**

RESPIRATOIRE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile* :	Tel*: Mail :
Personne à prévenir* :	Tel*:
Numéro de sécurité sociale* :	Caisse :
Mutuelle * : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà acquise <input type="checkbox"/> Démarche En cours

INFORMATIONS A SIGNALER

PASS SANITAIRE COVID 19 (si statut connu)

Vaccination : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> JANSSEN (<i>dose unique</i>) : Date :
Schéma vaccinal : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet	<input type="checkbox"/> PFIZER : Date 1 ^{ère} dose : Date 2 ^{ème} dose :
<input type="checkbox"/> TEST PCR : Date du dernier test	Résultats :
<input type="checkbox"/> TEST ANTIGENIQUE : Date du dernier test	Résultats :

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE ET OBJECTIFS REEDUCATIFS

DEMANDE A TRANSMETTRE : ☎ : secretariat-cardio@crfylang.com, Fax : 0262 54 99 31

Limitations locomotrices :

ADL (demande en cours) Non Oui, préciser :.....

Contre-indications relatives :

HTAP > 60mmHg Thrombus récent Cardiopathies obstructives

Pathologies instables :

Non Oui, préciser :.....

DOCUMENTS A JOINDRE :

- Dernière ordonnance
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu d'opération
- Compte-rendu d'examens complémentaires ou tout autre document vous semblant nécessaire

Demande remplie par :

Le :

Signature :