

# DEMANDE D'ADMISSION REEDUCATION CARDIO-RESPIRATOIRE

PAGE 1/2

| **Fax :** 02 62 54 99 31

| **E1 :** sec.rc@clinique-ylangylang.mssante.fr  
**E2 :** secretariat-cr@clinique-ylang.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

SEXE :  H

F

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:	<p>ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Déjà acquise</p> <p><input type="checkbox"/> Démarche En cours</p>
	<input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail

## INFORMATIONS A SIGNALER

## HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE ET OBJECTIFS REEDUCATIFS

## Cadre réservé à l'administration

**Staff 1:** Date :    /    /       Suivi Ylang avec DR.....

Réponse :

Consultation avec Dr.....  Demande CR et examens complémentaires

Accepté → délai d'admission  <1sem  2 sem  4 sem  Liste d'attente

**Staff 2:** Date :    /    /

HDJ – CARDIO  HDJ – RESPI

**DEMANDE  
D'ADMISSION  
REEDUCATION CARDIO-RESPIRATOIRE**

PAGE 2/2

**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

**Traitement en cours :**

(En particulier traitement anti-parkinsonien et traitement anti-hypertenseur, traitements symptomatiques le cas échéant)

**Demande remplie par :**

Le :    /    /

**Signature :****Tampon du médecin :**