

DEMANDE D'ADMISSION

REEDUCATION CARDIO-RESPIRATOIRE

PAGE 1/2

ylang ylang

CLINIQUE DE RÉADAPTATION

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

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 :