




DEMANDE D'ADMISSION

Affections cardio-vasculaires et respiratoires

SERVICE DES ADMISSIONS

 **04 86 99 12 82**

 **04 92 45 34 90**

Médecin adresseur 

(Coordonnées) 

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

..... 

Numéro de Sécurité Sociale et régime :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

❖ **DIAGNOSTIC DE LA PATHOLOGIE RESPIRATOIRE** :

.....

.....

❖ **MOTIF(S) DE L'ADMISSION** :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Réhabilitation respiratoire | <input type="checkbox"/> Suivi d'un traitement antituberculeux |
| <input type="checkbox"/> Aide au sevrage tabagique | <input type="checkbox"/> Adaptation à une ventilation mécanique |
| <input type="checkbox"/> Education de l'asthme | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Préparation intervention chirurgicale | |

VEMS :ml soit % de la théorie

PaO² :mmHg (air ambiant) - PaCO² : mmHg

Interventions(s) chirurgicale(s) (Acte/date) :

ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT LORS DE LA DEMANDE

❖ **DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S)** :

.....

❖ **Nécessité d'isolement** : OUI NON

❖ **PRESENCE D'ESCARRE(S)** : OUI NON

Localisation(s) : ➔➔TSVP

❖ **DEPENDANCE :**

| Compréhension | Comportement | Incontinence urinaire | Incontinence fécale |
|----------------------|---------------|-----------------------|---------------------|
| Normale | Coopérant | Aucune | Aucune |
| Difficile | Agressif | Occasionnelle | Occasionnelle |
| Désorientation | Oppositionnel | Totale | Totale |
| Aucune communication | | Sonde à demeure | |

| | Habillage | Toilette | Alimentation | Déplacements |
|----------------|-----------|----------|--------------|--------------|
| Autonome | | | | |
| Aide partielle | | | | |
| Aide totale | | | | |

Régime : Sonde de nutrition :

Allergies :

❖ **TRAITEMENTS MEDICAUX : (Apporter le traitement des 24 premières heures)**

☞ **Pour séjour en réhabilitation respiratoire, apporter ce TROUSSEAU :**

- une paire une chaussure de sport (baskets...)
- une paire de chaussures de marche ou de chaussures chaudes (bottes...) pour séjour de novembre à avril.
- des vêtements de sport (survêtement ou vêtements amples). Tee-shirt, shorts...
- cuissard ou short rembourré pour le vélo, si possible.
- bonnet, gants, écharpe, chaussettes chaudes (de novembre à avril)
- maillot de bain, bonnet de bain, **DRAP DE BAIN**
- cardio-fréquence mètre, si vous en possédez un.

Séjour souhaité à partir de quelle date ou période ? :

HÔPITAL DE JOUR

HOSPITALISATION COMPLÈTE

Chambre particulière OUI NON
 47 €/jour au 1^{er} janvier 2018 **sous réserve de disponibilité** (nous adresser photocopie Carte Mutuelle)

- ❖ Entourage familial présent : oui non
- ❖ Bilan social établi : oui non
- Nom de l'Assistante Sociale : ☎
- ❖ Durée du séjour prévue :
- ❖ Devenir à la sortie de Rhône-Azur : Retour à domicile Famille Placement

Date :

Signature et **TAMPON**