



**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Affections Cardio-Vasculaires**  
**et Respiratoires**

**CENTRE MÉDICAL RHONE-AZUR**

**SERVICE DES ADMISSIONS**

 **04 92 25 40 63**

**Fax 04 92 21 18 80**

Médecin adresseur .....  .....

(Coordonnées) .....  .....

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Adresse :** .....

.....  .....

**Nom + Adresse Sécurité Sociale :** .....

**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"/> Education de l'asthme                 | <input type="checkbox"/> Adaptation à une ventilation mécanique |
| <input type="checkbox"/> Préparation intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> Autre .....                            |

VEMS : .....ml soit ..... % de la théorie

PaO<sup>2</sup> : .....mmHg (air ambiant) - PaCO<sup>2</sup> : ..... 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

Tél. : 08.26.46.46.55.

Fax : 04.92.20.18.40.

Centre Médical Rhône Azur – Groupe UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur- Corse

70, route de Grenoble 05105 Briançon cedex E-mail : c.m.rhone-azur@ugecampacac.com

[www.ugecampacac.com](http://www.ugecampacac.com)

Etablissement certifié - HAS - V2010, labellisé Education Thérapeutique pour pathologies respiratoires chroniques

❖ **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 : .....

❖ **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**

32 €/jour (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**