

HOSPITALISATION DE JOUR

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE
DE FRANCHE-COMTÉ Franois (25) Héricourt (70)

Réadaptation

- AFFECTION CARDIO-VASCULAIRE
- AFFECTION PULMONAIRE (FRANCOIS)
 - OBÉSITÉ / SURPOIDS (FRANCOIS)
- ONCOLOGIE (POST-TRAITEMENT CANCER)

Médecin ou Service demandeur

Tel. :

Fax :

Médecin (ayant renseigné la demande) :
.....

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Sexe : F H

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Tél. :

Adresse :

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

Informations médicales

ALD : non oui, pour

Hospitalisé dans la dernière année (dates + motifs) :/...../.....

Date d'admission souhaitée :

Poids : Taille : IMC : Variation du poids dans les 6 derniers mois :

Pathologie actuelle

Motif de la prise en charge :
.....

Antécédents médicaux :
.....

Antécédents chirurgicaux :
.....

Antécédents psychiatriques :
.....

Autres facteurs à risque :

Addictions :

Médicamenteuses

Tabac (désir de sevrage oui non)

Compulsions alimentaires

Drogues

Alcool

Autres (achats, jeux, cannabis) :

Allergies :

Professions :

Possibilité d'interrompre son activité pendant 2 mois : oui non non concerné

Document à transmettre au secrétariat des admissions

FRANCOIS (25) | Tel : 03 81 41 80 68

HERICOURT (70) | Tel : 03 84 46 56 60

 ub-crqp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crqp25-admission@fondation-arcenciel.fr

 uh-crqp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crqp70-admission@fondation-arcenciel.fr

Demande d'admission



Fondation
ARC-EN-CIEL

HOSPITALISATION DE JOUR

CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE
DE FRANCHE-COMTÉ Franois (25) Héricourt (70)

www.fondation-arcenciel.fr

NOM : Prénom :

Réadaptation :	<input type="checkbox"/> demandée par la personne
	<input type="checkbox"/> proposée et acceptée par la personne
Locomotion :	<input type="checkbox"/> sans aide
	<input type="checkbox"/> avec aide technique (cane, déambulateur,..) :
Dispositifs médicaux :	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> SAS appareillé
	<input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Escarres/Pansements
	<input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> VNI
	<input type="checkbox"/> Oxygène Débit :
	Durée :
	<input type="checkbox"/> Autre :

Documents à joindre

Merci de joindre :

- Ordonnance(s) des traitements habituels
- Derniers résultats biologiques
- Compte-rendu des dernières consultations des autres professionnels de santé intervenants dans le parcours de soins (diabétologues, rhumatologues, ...)

Pour les affections cardio-vasculaires	Pour les affections pulmonaires	Pour l'obésité / le surpoids	Pour l'oncologie
<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière échographie cardiaque	<input type="checkbox"/> EFR	<input type="checkbox"/> Courrier du patient expliquant son objectif personnel (non obligatoire)	<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière consultation d'oncologie
<input type="checkbox"/> Résultat de la dernière coronarographie	<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière consultation pneumologique	<input type="checkbox"/> Compte -rendu cardio / coroscanner / score calcique (selon FDR CV ou si plus de 40 ans)	<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière consultation cardiologique
<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière consultation cardiologique	<input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière consultation cardiologique si FDR CV ou age > 70 ans.		

Le but de ce questionnaire est essentiellement d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes à leur arrivée dans le service.

Document à transmettre au secrétariat des admissions

FRANOIS (25)

ub-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crcp25-admission@fondation-arcenciel.fr

HERICOURT (70)

uh-crcp@fondation-arcenciel.mssante.fr (messagerie sécurisée)
crcp70-admission@fondation-arcenciel.fr

CRCP «Les Hauts de Chazal» | 9 chemin des quatre journaux | 25770 FRANOIS

CRCP «Unité d'Héricourt» | 14 rue du Dr Gaulier | 70400 HERICOURT