

DEMANDE MÉDICALE D'ADMISSION

Hospitalisation à Temps Complet

- Affections cardio vasculaires
- Affections respiratoires
- Soins Palliatifs
- Polyvalents
- Affection de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Hospitalisation à Temps Partiel

- Affections cardio vasculaires
- Affections respiratoires

A remplir par le médecin

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES CARTES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE MUTUELLE

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

Nom et Prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : N° de téléphone personnel :

Adresse complète :

.....

Nom, parenté et n° de téléphone d'une personne à prévenir :

.....

Nom et n° de téléphone du Médecin « adresseur » et du service :

.....

Organisme de prise en charge : N° centre gestionnaire :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle complémentaire : N° adhérent :

Informations diverses de prise en charge :

Préciser si le patient :

- A subi une intervention KC>50 : OUI NON Date :
- Est hospitalisé depuis : moins de 30 jours plus de 30 jours

Le patient est actuellement hospitalisé dans le service de :

Depuis le :

► **Date d'entrée souhaitée :**

► **Chambre individuelle souhaitée :** OUI NON

Motif d'admission à la Clinique du Pic Saint Loup :

.....

Histoire de la maladie :

.....

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

Déficiences motrices : OUI NON

Si oui : Hémiplégié Paraplégie Tétraplégie Autre :

PRISE EN CHARGE EN CARDIOLOGIE :

Après l'épisode aigu qui motive l'admission à la Clinique du Pic Saint Loup, est-ce que le patient a passé :

- Une épreuve d'effort : NON OUI (une copie du compte-rendu doit être communiquée)
- Une échographie : NON OUI

RESPECT DES CONTRE-INDICATIONS :

- Angor Instable
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles du rythme ventriculaire complexes
- Hypertension artérielle pulmonaire ≥ 60 mmHg
- Thrombus intracavitaire cardiaque volumineux ou pédiculé
- Epanchement péricardique moyen à abondant
- Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire récente
- Myocardiopathie obstructive sévère
- Rétrécissement aortique sévère et/ou symptomatique
- Séquelles orthopédiques empêchant l'effort
- Situations infectieuses graves

Fait le..... à

Signature du médecin :