






> DEMANDE D'ADMISSION

(A adresser au Secrétariat Médical de l'Unité d'Hospitalisation de Jour de Réadaptation Cardiaque
Hôpital Léon Bérard - Avenue du Docteur Marcel Armanet - CS 10121 - 83418 HYERES CEDEX)

Unité d'Hospitalisation de Jour Réadaptation Cardiaque

Secrétariat
Médical

 04 94 38 19 27
 04 94 38 19 15



 hdj.rehabilitation@leonberard.com
 hdj.cardio@leonberard.mssante.fr
 www.leonberard.com



Demande d'admission établie le :

Date de réception (à compléter par HLB) :

Demandeur :

Etablissement : **Service :**

Médecin demandeur :  

Autre demandeur :  

Patient :

Nom usuel : **Nom de naissance :** **Prénom :**

Né(e) le : **à :** **Age :** **ans** **Sexe :** M F

Adresse :

Téléphone : **Adresse électronique :**

Nationalité : **Profession :**

Date d'entrée souhaitée :

Informations médicales et para-médicales

Dernière période d'hospitalisation : Du au

Etablissement / Service :

Diagnostic principal (préciser la date de début de l'affection / si intervention(s) chirurgicale(s) ou coronarographie, préciser la date et la nature du (des) gestes) :

.....

.....

.....

FE VG :

Diagnostics associés :

.....

.....

.....

Antécédents :

.....

.....

.....

Allergies :

Traitements en cours :
.....
.....

Consignes éventuelles :
.....

Etat général : Poids : kg Taille : m

Bilan infectieux :

Si le patient est infecté, origine de l'infection : Urinaire Respiratoire Autre

Si identification de bactéries multi-résistantes : Germe :

Mesure d'isolement : Oui Non

Régime alimentaire : Diabétique Hyposodé Autre :

Documents à joindre en lien avec la dernière hospitalisation :


Coronarographie Compte-rendu opératoire Compte-rendu d'hospitalisation

Autonomie :


Troubles cognitifs	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Déplacements	Autonome <input type="radio"/>	Aide humaine ou matérielle <input type="radio"/>	Aide totale <input type="radio"/>
Alimentation	Sans aide <input type="radio"/>	Aide partielle <input type="radio"/>	Aide totale <input type="radio"/>
Continence urinaire	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Continence anale	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Etat cutané	Normal <input type="radio"/>	Plaies <input type="radio"/>	

Autres informations

Médecin-traitant :

Nom : Ville : 

Cardiologue :

Nom : Ville : 

Autre Médecin :

Nom : Ville : 

Mesure de protection judiciaire : aucune sauvegarde curatelle tutelle
mise en place en cours

Sécurité Sociale :

Nom de l'assuré : Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Caisse : Ville :

Qualité du bénéficiaire : assuré conjoint enfant personne vivant maritalement avec l'assuré autre

Transports :

Le patient et/ou la famille peuvent-ils assurer le transport pendant le séjour : oui non

Temps de transport estimé entre le domicile et l'Hôpital Léon Bérard : Inférieur à 1 heure Supérieur à 1 heure

A noter que la prise en charge de transports en série nécessite d'obtenir l'accord préalable du Service Médical de l'Assurance-Maladie.

Démarches sociales en cours :
.....

Décision médicale (cadre réservé HLB) : Accepté Refusé Reporté