

Madame, Monsieur,

Nous vous indiquons ci-dessous les démarches à effectuer pour votre demande d'admission :

Par votre médecin traitant :

- **Compléter la demande d'admission** ci-jointe.
- **Prévoir une consultation cardiologique** pour reprise d'activité physique selon les critères suivants :
 - Patient ayant un IMC ≥ 30 et ≥ 45 ans
 - Patient ayant un IMC ≥ 30 et 2 facteurs de risque cardiovasculaire quelque soit l'âge.
 - Patient diabétique ≥ 45 ans (avec la dernière épreuve d'effort ou scintigraphie myocardique) (1)
 - Patient diabétique quelque soit l'âge si artérite, athérome carotidien, antécédent d'AVC, protéinurie, insuffisance rénale, plus de 10 ans de diabète (avec la dernière épreuve d'effort ou scintigraphie myocardique) (1)

(1) Recommandations conjointes SFD/SFC 2004

Par vous-même :

Nous retourner les éléments suivants :

- Copie de(s) l'ordonnance(s) de vos traitements en cours.
- La demande d'admission complétée par votre médecin traitant
- L'avis cardiologique selon les recommandations.
- Apporter copies des courriers de consultations de vos spécialistes

A la réception de votre dossier, une date vous sera proposée pour une hospitalisation de semaine d'évaluation pour déterminer une prise en charge personnalisée en fonction de vos besoins.

**DEMANDE D'ADMISSION
HOSPITALISATION DE SEMAINE D'ÉVALUATION**

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

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

Adresse :

.....

.....

N° tél. : Adresse mail.....

Déjà suivi au sein de la clinique du Chalonnais : OUI NON

Programmation du séjour

Date souhaitée de séjour :

Chambre seule souhaitée OUI NON

Renseignements administratifs

N° Sécurité Sociale :

Votre organisme de complémentaire santé :

N° adhérent : N° AMC :

Cadre réservé à l'établissement

Avis administratif

OUI NON

si « non » motif :

Avis médical

OUI NON Réserve

Si « réserve » ou « non », motif :

A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN

Poids Taille IMC Age

ETAT GENERAL :

EXCELLENT BON ALTERE TRES ALTERE

ANTECEDENTS MEDICAUX et CHIRURGICAUX

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS : (et/ou photocopie de l'ordonnance en cours)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ADRESSE COMPLETE ET TELEPHONE DU MEDECIN :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature et cachet du médecin

En vous remerciant pour votre concours, nous restons à votre disposition
pour tout renseignement complémentaire au 03.74.82.71.00