



**DOSSIER ADMISSION
EN REVALIDATION CARDIO-PULMONAIRE
Site de Seraing 4^e Gauche**

MEDECIN RESPONSABLE : Docteur Geneviève HOTERMANS
 **04/338.74.60**

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mutuelle :

Personne à contacter + téléphoner :

Médecin traitant + téléphone ou adresse :

Type de chambre demandée : 1 lit
 3 lits

Situation socio-familiale :

Orientation après hospitalisation Domicile
 MR-MRS
 Autres

Personne en charge de la demande :

Nom : Téléphone :

Afin d'optimiser la prise en charge de votre patient, nous vous demandons de compléter ce rapport médical avec le plus de détails possible.

Merci d'avance pour votre collaboration.

RAPPORT MEDICAL

Tabagisme : Oui – Non

Si arrêt, depuis quand ?

Ethylisme : Oui – Non

Analyse bactériologique des dernières expectorations :

Contagieux : Oui – Non

Consommation des drogues : Oui – Non

Cardiopathie : Oui – Non

Si oui, évaluation de la fonction cardiaque + date :

Spirométrie : Indice et Tiffenaux %
Vems % de la normale

Valeurs gazométriques : PHA
Pa CO₂
Pa O₂ avec ou sans O₂

Oxygénothérapie : Oui – Non

Ventilation non invasive : Oui – Non

Si oui, durée : (sur 24 heures)

type :

NB : préciser si trachéotomie et si sevrage envisagé

Rappels des antécédents principaux :

-
-
-
-

Signature – cachet du médecin :

RAPPORT INFIRMIER

Evaluation d'autonomie

	SCORE	SANS AIDE (1)	AIDE DE SOUTIEN (2)	AIDE PARTIELLE (3)	AIDE COMPLÈTE (4)
ALIMENTATION		Le patient mange et boit seul	Le patient a besoin d'une aide préalable pour manger et boire	Le patient a besoin d'une présence partielle durant l'absorption de la nourriture et/ou du liquide	Le patient est nourri
ELIMINATION		Le patient peut aller seul à la toilette	Le patient a besoin qu'on fournisse/vide panne, urinal ou chaise percée	Le patient a besoin qu'on installe la panne, l'urinal ou la chaise percée. Le patient est incontinent pour les selles ou les urines.	Le patient est incontinent pour les selles et les urines
HYGIÈNE		Le patient peut complètement se laver seul	Le patient a besoin qu'on prépare le matériel préalablement	Le patient a besoin d'une aide pour terminer la toilette	Le patient doit être entièrement lavé
MOBILISATION		Le patient peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante	Le patient utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer	Le patient a besoin qu'on l'aide pour se lever et/ou se déplacer	Le patient est grabataire ou en chaise, et entièrement dépendant pour se déplacer
ORIENTATION ESPACE TEMPS		Pas de problème	Rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté

Plaies : localisation et traitement

Date, nom et signature de l'infirmier :

Revalidation cardio-pulmonaire 4G

RAPPORT KINESITHERAPIE – ERGOTHERAPIE

Résumé au niveau d'activités actuel :

.....

.....

.....

.....

Fréquence de la kinésithérapie respiratoire :

Assistance au niveau de la marche : Oui – Non

- Si oui :*
- prothèse
 - orthèse
 - cadre de marche

Date, nom et signature du kinésithérapeute :