



# Les Acacias

Centre des Maladies Respiratoires et Allergiques

46 Route de Grenoble  
BP 29  
05 107 Briançon

Accueil : 04.92.25.39.00  
Admission : 04.92.25.39.04

Fax : 04.92.20.52.16

Email : [admission@lesacacias.fr](mailto:admission@lesacacias.fr)

Avis de la Commission Médicale de l'établissement

## Fiche de liaison médicale

### Identifications médecins

### Identification patient

Médecin prescripteur (cachet)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Email : .....

Date de séjour souhaitée : .....

Médecin traitant :

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

L'état de santé du patient lui permet-il d'effectuer un réentraînement à l'effort ?

OUI

NON

(Réponse obligatoire)

### Évaluation de l'autonomie :

Marche :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Toilette :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec aide		
Incontinence vésicale :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Incontinence anale :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Psychisme :	<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Dépression	

### Diagnostic principal / Pathologie(s) associée(s)

..... EFR en état stable

..... VEMS : .....

..... PaO2 (mmHg) : .....

..... PaCO2 (mmHg) : .....

..... VNI :  Oui  Non

..... CPAP :  Oui  Non

..... O2 :  Oui  Non

Vaccination contre la grippe  Oui  Non

Pneumo 23  Oui  Non

**Antécédents (broncho-pulmonaires, ...)**

/

**Vos allergies**

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

(Si vous avez été transfusé dans l'année écoulée, merci d'apporter votre dossier transfusionnel)

**Traitement : Joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies de vos ordonnances en cours.**

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

(Si PPC ou VNI, le patient doit apporter son matériel)

**Régime spécifique éventuel**

Diabétique       Hypo calorique       Hypo-sodé       Re-nutrition       Sans gluten

Poids : .....IMC : .....Tension artérielle.....

**Addictions**

Tabagisme actif :                       Oui                       Non

Si oui : Sevrage tabagique envisagé     Oui                       Non

Dépendance à l'alcool :                       Oui                       Non

Autres : .....

**Prise en charge / Contrat de soins :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réentraînement à l'effort | <input type="checkbox"/> Diététique                  |
| <input type="checkbox"/> Éducation sanitaire       | <input type="checkbox"/> Sociale                     |
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabagique         | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Éducation thérapeutique   | <input type="checkbox"/> Suivi psychologique         |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....            |  |

**Devenir à la sortie :**

Retour au domicile                       Placement à prévoir                       Hospitalisation

Le médecin soussigné certifie que l'état du patient répond aux conditions d'admission des Acacias, Centre des Maladies Respiratoires et Allergiques.

Fait à ..... Le.....

Signature du Médecin

Signature du patient  
« Lu et approuvé »