

DEMANDE D'ADMISSION
PROGRAMME DE
RÉHABILITATION CARDIAQUE
HÔPITAL DE JOUR

SERVICE DES ADMISSIONS

 **04 92 40 02 36**

 **04 92 40 02 66**

rag.accueil@ugecam.assurance-maladie.fr

Médecin adresseur 

..... @

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

..... 

Numéro de Sécurité Sociale et régime :

.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

❖ **Diagnostic de la pathologie cardiaque** :

.....

.....

❖ **Date de réalisation de l'épreuve d'effort** :

ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT LORS DE LA DEMANDE

❖ **Diagnostic (s) associés(s)** :

.....

.....

❖ **Traitement médicaux** :

.....

.....

Date : Signature et TAMPON