

**Bénéficiaire**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Motif de la demande :**

- Séjour de réhabilitation physique  
 Séjour de réhabilitation post-oncologique

**Personne de contact**

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Provenance du patient :**

- Domicile  
 Hôpital : \_\_\_\_\_ Service + Tél. : \_\_\_\_\_ Hospitalisation depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Renseignements médicaux**

Motif initial d'admission à l'hôpital : \_\_\_\_\_

Pathologies/Diagnostics évolutifs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux significatifs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traitements médicamenteux en cours (joindre photocopie de l'ordonnance) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie,....) : \_\_\_\_\_

Projet thérapeutique : \_\_\_\_\_

Objectifs de la réhabilitation : \_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Germe résistant / nécessitant un isolement :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Appareillage éventuel (stomie, Oxymat, ....) :  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

Médecin traitant à domicile : Dr \_\_\_\_\_

Médecins correspondants : \_\_\_\_\_

Coordinateur des soins : \_\_\_\_\_

**Autonomie**

- |              |   |              |  |
|--------------|---|--------------|--|
| Toilette     | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté<br><input type="radio"/> Nécessité d'une aide<br><input type="radio"/> Aide totale  | Habillage    | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté<br><input type="radio"/> Nécessité d'une aide<br><input type="radio"/> Aide totale   |
| Alimentation | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté<br><input type="radio"/> Nécessité d'une aide<br><input type="radio"/> Ne s'alimente pas seul<br><input type="radio"/> Régime alimentaire : _____                       | Continence   | <input type="radio"/> Continence conservée ou autonomie<br><input type="radio"/> Incontinence urinaire / anale occasionnelle<br><input type="radio"/> Incontinence urinaire / anale permanente<br><input type="radio"/> Sonde urinaire à demeure / couches |
| Déplacement  | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté<br><input type="radio"/> Nécessité d'une aide<br><input type="radio"/> Appui partiel autorisé<br><input type="radio"/> Lit/fauteuil<br><input type="radio"/> Grabataire | Comportement | <input type="radio"/> Agressivité <input type="radio"/> Démence<br><input type="radio"/> Somnolence<br><input type="radio"/> Confusion<br><input type="radio"/> Fugues<br><input type="radio"/> Agitation jour / nuit                                      |

**Renseignements sociaux**

Suivi social par : \_\_\_\_\_

**Devenir prévu à l'issue du séjour au Centre de Réhabilitation**

- Retour dans son milieu de vie antérieur  
 Nouvelle hospitalisation    Service : \_\_\_\_\_    Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Placement

Démarches réalisées auprès de : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Joindre impérativement à la demande d'admission :**

- Copie du rapport médical ou rapport de sortie       Photocopie de l'ordonnance

**A son arrivée le patient devra être muni de :**

- Papiers d'identité       Carte CNS       Nécessaire de toilette       Habits civils  
 Médicaments pour 24 h       Oxyamat si besoin       Glucomètre si diabétique       Aides techniques

**Date de transfert souhaitée :** \_\_\_\_\_

Demande validée par Dr \_\_\_\_\_

Cachet et signature

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cadre réservé au Centre de Réhabilitation du Château de Colpach**

Demande reçue le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Accord pour admission

Service / médecin prévenu :  Non     Oui    par \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d'admission prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Demande incomplète

Refus d'admission - Motif de refus : \_\_\_\_\_

Demandeur prévenu par \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_