

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. : _____
Email : _____

Provenance du patient :

- Domicile
 Hôpital : _____ Service : _____ Tél.: _____ Hospitalisation depuis le : _____

Renseignements médicaux

Motif initial d'admission à l'hôpital : _____

Pathologies/Diagnostics: _____

Antécédents médicaux significatifs : _____

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

Autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie,): _____

Oxygène Non Oui A préciser : _____

! Si oui, veuillez svp envoyer l'ordonnance médicale du pneumologue à la CNS.

Objectifs de la réhabilitation : _____

Germe résistant / nécessitant un isolement : MRSA : Non Oui Date de prélèvement + site *: _____

* Obligatoire Covid 19 : Non Oui Date de prélèvement *: _____

Autre : Non Oui A Préciser _____

Autonomie

Toilette

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Habillage

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Alimentation

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale
 Stomie : _____
 Régime alimentaire : _____
 Allergies : _____

Continence

- Continence conservée
 Incontinence urinaire partielle
 Incontinence urinaire totale
 Sonde urinaire à demeure Catéter sus-pubien
 Sondage urinaire in/out
 Incontinence anale

Déplacement

- Seul, sans difficulté
 Aide technique
A préciser : _____
 Appui partiel (.....kg) autorisé à partir de : _____
 Décharge totale du MI jusqu'au : _____
 Lit/fauteuil

Comportement

- Aucun trouble Collaboration soignant
 Démence débutante Démence avérée
 Confusion Agitation jour / nuit
 Somnolence

Etat cutané

Renseignements sociaux

Statut du patient avant le séjour hospitalier

- Vit seul à domicile
 Vit à domicile avec : _____
 Appartement Maison Escaliers
 Réseau de soins (à préciser) : _____
 CIPA / MS (à préciser) : _____

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

- Retour dans son milieu de vie antérieure sans réseau avec réseau
Démarche réalisée ? _____

 Placement
Démarches réalisées ? : _____

Commentaires : _____

Joindre impérativement à la demande d'admission :

- Copie du rapport médical ➤ Photocopie de l'ordonnance

A son arrivée, le patient devra impérativement être muni de :

- Papiers d'identité ➤ Carte CNS ➤ Nécessaire de toilette ➤ Habits civils
➤ Médicaments pour 24 h ➤ Copie de l'ordonnance O2 envoyée à la CNS ➤ Aides techniques éventuelles

Demande validée par Dr _____

Médecin généraliste : _____ Tél. : _____

Date : _____

Date de transfert souhaitée : _____

- Je souhaite être informé personnellement de la date de l'arrivée du patient au CRCC
 Le patient a été informé qu'une demande au Centre de Réhabilitation a été faite.

Cachet et signature du médecin

Signature du patient souhaitée

Cadre réservé au CRCC

Demande reçue le : _____

Accord pour admission Remarque: _____

Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : Non Oui par _____ le _____