

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 _____

Centre de Réhabilitation du Château de Colpach

Croix-Rouge luxembourgeoise

1, am Schlasspark L-8527 COLPACH-BAS

Tél. : 27 55 4300 Fax. : 2755 4301 email : admission.rehabilitation@croix-rouge.lu

croix-rouge 
luxembourgeoise
Menschen helfen

Autonomie

<u>Toilette</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<u>Habillage</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
<u>Alimentation</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Stomie : _____ <input type="checkbox"/> Régime alimentaire : _____ <input type="checkbox"/> Allergies : _____	<u>Continence</u>	<input type="checkbox"/> Continence conservée <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire partielle <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire totale <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/> Catéter sus-pubien <input type="checkbox"/> Sondage urinaire in/out <input type="checkbox"/> Incontinence anale
<u>Déplacement</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide technique A préciser : _____ <input type="checkbox"/> Appui partiel (.....kg) autorisé à partir de : _____ <input type="checkbox"/> Décharge totale du MI jusqu'au : _____ <input type="checkbox"/> Lit/fauteuil	<u>Comportement</u>	<input type="checkbox"/> Aucun trouble <input type="checkbox"/> Collaboration soignant <input type="checkbox"/> Démence débutante <input type="checkbox"/> Démence avérée <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Agitation jour / nuit <input type="checkbox"/> Somnolence
		<u>Etat cutané</u>	_____

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 _____