

| <p>Bénéficiaire</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Matricule : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> | <p>Motif de la demande</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Stationnaire</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Hôpital du jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Réhabilitation physique :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Réhabilitation post-oncologique :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Personne de contact</p> <p>Nom/Prénom : _____</p> <p>Lien : _____ Tél. : _____</p> <p>Email : _____</p> | | Stationnaire | Hôpital du jour | Réhabilitation physique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Réhabilitation post-oncologique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|--------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Stationnaire | Hôpital du jour | | | | | | | | |
| Réhabilitation physique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Réhabilitation post-oncologique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

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

| | | | |
|---------------------|---|---------------------|--|
| <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.
 Le patient refuse que ses comptes rendus d'analyses médicales soient envoyés dans son Dossier de Soins Partagés, par le CHL » (case non-cochée = acceptation)

Cachet et signature du médecin

Signature du patient souhaitée

Cadre réservé au CRCC

Accord pour admission Remarque : _____

Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : Non Oui par _____ le _____

Demande recue le :