

<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

Toilette

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Habillage

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Alimentation

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Continence

- Continence conservée
 Incontinence urinaire partielle
 Incontinence urinaire totale

- Stomie : _____
 Régime alimentaire : _____
 Allergies : _____

- 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 : _____

Comportement

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

- Lit/fauteuil

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.
 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)
 Le patient refuse la consultation de son Dossier de Soins Partagés, par le CRCC et le CHL (case non-cochée = acceptation)

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