

<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;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Stationnaire</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Hôpital du jour</td> </tr> <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> </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 (photocopie de l'ordonnance) :

Autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) : _____

Allergies : _____ Poids (en kg) et taille (en cm) _____

Oxygène Non Oui A préciser : _____

Objectifs de la réhabilitation : _____

Germe résistant / nécessitant un isolement pendant l'hospitalisation :

Germe	Non	Oui	
MRSA +			Décolonisation en cours <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date de prélèvement : _____
COVID +			Date de prélèvement : _____
<input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL			Site de prélèvement : _____ Date de prélèvement : _____

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
 Parentale SNG
 Régime alimentaire :
 Allergies :

Continence Continence conservée
 Incontinence urinaire partielle
 Incontinence urinaire totale
 Stomie :
 Sonde urinaire à demeure
 Cathéter 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 : _____
 Appui complet autorisé

 Lit/fauteuil
 Mobilisation avant hospitalisation

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 Ascenseur
 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(s) réalisée(s) : _____

 Placement
Démarche(s) réalisée(s) : _____

Joindre impérativement à la demande d'admission :

➤ Copie du rapport médical ➤ Photocopie de l'ordonnance ➤ Si démence débutante, avis neurologue

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 Demande reçue le :
 Accord pour admission Remarque: _____
 Refus d'admission – Motif de refus : _____
Service / médecin prévenu : Non Oui par _____ le _____