

# Demande d'admission

<b>Bénéficiaire</b> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Matricule : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Email : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<b>Motif de la demande</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Stationnaire</th> <th style="width: 40%;">Hôpital du jour</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réhabilitation physique :</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réhabilitation post-oncologique :</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <b>Personne de contact</b> <p>Nom/Prénom : _____</p> <p>Lien : _____ Tél. : _____</p> <p>Email : _____</p>	Stationnaire	Hôpital du jour	<input type="checkbox"/> Réhabilitation physique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Réhabilitation post-oncologique :	<input type="checkbox"/>
Stationnaire	Hôpital du jour						
<input type="checkbox"/> Réhabilitation physique :	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Réhabilitation post-oncologique :	<input type="checkbox"/>						

**Provenance du patient :**

Domicile

Hôpital : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Hospitalisation depuis le : \_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux**

Motif initial d'admission à l'hôpital : \_\_\_\_\_

Pathologies/Diagnostic : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 : _____

**Centre de Réhabilitation du Château de Colpach**

**Croix-Rouge luxembourgeoise**

1, am Schlasspark L-8527 COLPACH-BAS

Tél. : 27 55 4300 email : [admission.rehabilitation@croix-rouge.lu](mailto:admission.rehabilitation@croix-rouge.lu)

## Autonomie

<u>Toilette</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<u>Habilage</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"/> Parentale SNG  <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"/> Stomie :  <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/> Cathéter 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"/> Appui complet autorisé	<u>Comportement</u>	<input type="checkbox"/> Aucun trouble <input type="checkbox"/> Démence débutante <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Somnolence
	<input type="checkbox"/> Lit/fauteuil <input type="checkbox"/> Mobilisation avant hospitalisation	<u>Etat cutané</u>	<input type="checkbox"/> Plaie      Type : .....      Localisation : ..... <input type="checkbox"/> Risque d'escarre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, score : ..... <input type="checkbox"/> Escarre      Stade : .....      Localisation : .....

## **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**

Accord pour admission      Remarque: \_\_\_\_\_

Demande recue le :

Refus d'admission – Motif de refus : \_\_\_\_\_

Service / médecin prévenu :  Non     Oui    par \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_