

Bénéficiaire Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____ Adresse : _____ _____ Email : _____ Téléphone : _____	Motif de la demande <table style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Stationnaire</th> <th style="text-align: center;">Hôpital du jour</th> </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> Personne de contact Nom/Prénom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Email : _____		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

Comportement

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

- ☐ Lit/fauteuil
☐ Mobilisation avant hospitalisation

Etat cutané

- ☐ Plaie Type : Localisation :
☐ Risque d'escarre ☐ Oui ☐ Non Si oui, score :
☐ 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

Demande reçue le :

☐ Accord pour admission Remarque: _____

☐ Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : ☐ Non ☐ Oui par

le