

**DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT**

de rééducation

de soins de suite

**Renseignements administratifs :**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

☎ : .....

Sécurité Sociale : ..... N° d'immatriculation : .....

Mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....

**Date d'entrée souhaitée** : ..... Chambre souhaitée : Seule \*  Double

**Personne à prévenir :**

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

Médecin Traitant : ..... Assistante Sociale Du Service : .....

Le séjour est-il dû à la suite d'un accident :                      Oui                       Non

**Renseignements médicaux :**

**DIAGNOSTIC ET MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION :** .....  
.....  
.....

Date de l'intervention ou de la maladie : .....

Appui : Oui                       Non                       Si non, date de reprise d'appui :

Etat général : .....

Poids : ..... Taille : .....

Antécédents : .....  
.....  
.....  
.....

Traitement : .....  
.....

Soins : .....  
.....

\* L'attribution d'une chambre seule ne peut être garantie à l'entrée

Déficit moteur, préciser :

			COMPLET	MODÉRÉ	LÉGER
<b>Tronc</b>					
<b>Membre inférieur</b>	D	G			
<b>Membre supérieur</b>	D	G			

A t-il besoin de chaussure orthopédique                    OUI                     NON   
A t'il besoin d'un appareillage orthopédique            OUI                     NON   
Y a-t-il une prescription d'appareillage en cours      OUI                     NON

AUTONOMIE	SEULE	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
<b>Toilette</b>			
<b>Habillage</b>			
<b>Locomotion</b>			
<b>Transfert</b>			
<b>Alimentation</b>			

Nécessité de précautions complémentaires pour motifs infectieux (BMR-BHRe-maladies contagieuses)

OUI                     NON

Si oui, précisez : .....

Etat cutané :                    Escarre OUI                     NON  -> Stade : débutante  moyenne  importante   
    Ulcère OUI                     NON

Si oui, localisation et protocole de soins en cours : .....

Etat sphinctérien :            Incontinence vésicale            OUI                     NON   
    Sonde à demeure                    OUI                     NON   
    Incontinence anale                    OUI                     NON

Psychisme :                    Cohérent                     Désorienté                     Fugue   
    Dépressif                     Agité

Coopération :                    Bonne                     Moyenne                     Mauvaise

Situation sociale :            Seul                     Marié                     Famille                     Institution

Devenir :                    Retour à domicile                     Institution                     Démarche en cours

Objectif du séjour : .....

Merci de joindre **obligatoirement** à la demande :

- 1) Ordonnances en cours (ordonnance du Médecin Traitant et autre médecin référent éventuel : cardiologue, ophtalmologue, oncologue...)
- 2) Compte rendu d'hospitalisation(s) récente(s) et ordonnance(s) de sorties
- 3) Compte rendu de consultation(s) spécialisée(s) récente(s) et compte rendu opératoire(s)
- 4) Derniers résultats biologiques
- 5) Dates de RDV médicaux programmés

Demande établie par le Docteur : .....

**Cachet :**

**Date :** . . . . / . . . . / . . . . .

**Signature :**