

Bénéficiaire

Nom : _____

Prénom : _____

Matricule : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Motif de la demande :

- Séjour de réhabilitation physique
 Séjour de réhabilitation post-oncologique

Personne de contact

Nom/Prénom : _____

Lien : _____ Tél. : _____

Provenance du patient :

Domicile

Hôpital : _____ Service + Tél. : _____ Hospitalisation depuis le : ____ / ____ / ____

Renseignements médicaux

Motif initial d'admission à l'hôpital : _____

Pathologies/Diagnostics évolutifs : _____

Antécédents médicaux significatifs : _____

Traitements médicamenteux en cours (joindre photocopie de l'ordonnance) : _____

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

Projet thérapeutique : _____

Objectifs de la réhabilitation : _____

Renseignements complémentaires : _____

Germe résistant / nécessitant un isolement : Non Oui Précisez : _____

Appareillage éventuel (stomie, Oxymat,) : Non Oui Précisez : _____

Médecin traitant à domicile : Dr _____

Médecins correspondants : _____

Coordinateur des soins : _____

Autonomie

- | | | | |
|--------------|--|--------------|---|
| Toilette | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté
<input type="radio"/> Nécessité d'une aide
<input type="radio"/> Aide totale | Habillage | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté
<input type="radio"/> Nécessité d'une aide
<input type="radio"/> Aide totale |
| Alimentation | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté
<input type="radio"/> Nécessité d'une aide
<input type="radio"/> Ne s'alimente pas seul
<input type="radio"/> Régime alimentaire : _____ | Contenance | <input type="radio"/> Contenance conservée ou autonomie
<input type="radio"/> Incontinence urinaire / anale occasionnelle
<input type="radio"/> Incontinence urinaire / anale permanente
<input type="radio"/> Sonde urinaire à demeure / couches |
| Déplacement | <input type="radio"/> Seul, sans difficulté
<input type="radio"/> Nécessité d'une aide
<input type="radio"/> Appui partiel autorisé
<input type="radio"/> Lit/fauteuil
<input type="radio"/> Immobilisation jusqu'au _____ / _____ / _____ | Comportement | <input type="radio"/> Aucun trouble
<input type="radio"/> Somnolence
<input type="radio"/> Confusion
<input type="radio"/> Fugues
<input type="radio"/> Démence
<input type="radio"/> Agitation jour / nuit
<input type="radio"/> Agressivité |

Renseignements sociaux

Suivi social par : _____

Devenir prévu à l'issue du séjour au Centre de Réhabilitation

- Retour dans son milieu de vie antérieur
- Nouvelle hospitalisation Service : _____ Date : _____
- Placement

Démarches réalisées auprès de : _____

Commentaires : _____

Joindre impérativement à la demande d'admission :

- Copie du rapport médical ou rapport de sortie Photocopie de l'ordonnance

A son arrivée le patient devra être muni de :

- Papiers d'identité Carte CNS Nécessaire de toilette Habits civils
- Médicaments pour 24 h Oxymat si besoin Glucomètre si diabétique Aides techniques éventuelles

Date de transfert souhaitée : _____

Demande validée par Dr _____

Cachet et signature du médecin

Date : _____

- 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.

Signature du patient souhaitée

Cadre réservé au CRCC

Demande reçue le : _____ / _____ / _____

- Accord pour admission

Date d'admission prévue : _____ / _____ / _____

- Demande incomplète

 Avis complémentaire auprès de _____

- Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : Non Oui par _____ le _____ / _____ / _____