

## FORMULAIRE D'ADMISSION

A RENVoyer AU MAXIMUM 4 MOIS AVANT LE SEJOUR SOUS RESERVE D'ACCORD DU CMGR

Séjour(s) antérieur(s) au CMGR :  OUI  NON

Date du dernier séjour au CMGR : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DONNEES DU PATIENT

A compléter ou joindre la fiche administrative correspondante

M.  Mme  Mlle

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du patient : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de la personne à contacter : \_\_\_\_\_

Protection juridique :  Tutelle  Curatelle  Aucune

Nom, adresse et numéro de téléphone du tuteur : \_\_\_\_\_

### MEDECIN DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Nom du cadre infirmier : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Nom de l'assistante sociale : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

### MOTIFS DE LA DEMANDE

**DIAGNOSTIC NEUROLOGIQUE** – Description clinique récente de moins de 6 mois – Soins spécifiques médicaux – Traitements dont ordonnances

**OBJECTIF DE REEDUCATION /READAPTATION – PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE** (avis pelvi-périnéologie, avis sexologie, BUD, toxine botulique, remplissage pompe baclofène, avis douleur, bilan neuropsychologique)

**OBLIGATOIRE : pour toute demande d'admission, joindre le courrier médical du spécialiste neurologue /MPR ou du généraliste**

# Demande de séjour

**Hospitalisation complète**

sans interruption week-end compris (rééducation/réadaptation 4 semaines en moyenne)

**Hospitalisation de semaine**

du lundi matin au vendredi après-midi : rééducation de 4 semaines en moyenne, séquencé en cas d'évaluation de rééducation/réadaptation, programme d'éducation thérapeutique)

Délai souhaité :

Urgent

1 mois

3 mois

6 mois

## SITUATION FONCTIONNELLE

*Cocher les cases correspondant à l'état fonctionnel*

TOILETTE	<input type="checkbox"/> Aide humaine .....	<input type="checkbox"/> Autonome	
TRANSFERTS	<input type="checkbox"/> Aide humaine/technique .....	<input type="checkbox"/> Autonome	
ELIMINATION	<input type="checkbox"/> Aide humaine/technique .....	<input type="checkbox"/> Autonome	
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/> Aide humaine/technique .....	<input type="checkbox"/> Autonome	
REGIME	<input type="checkbox"/> spécifique .....	<input type="checkbox"/> dysphagie / fausses routes	<input type="checkbox"/> Normal
COMMUNICATION – COMPORTEMENT		DEPLACEMENTS	
<input type="checkbox"/> TROUBLE DU LANGAGE, DE COMPREHENSION .....		<input type="checkbox"/> Marche sans aide technique	
<input type="checkbox"/> TROUBLE SENSORIEL (visuel/auditif sévère) .....		<input type="checkbox"/> Marche avec aide technique	
<input type="checkbox"/> TROUBLE DU COMPORTEMENT .....		<input type="checkbox"/> Déplacement en fauteuil	
<input type="checkbox"/> Apathie <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Risque de fugue			
<input type="checkbox"/> TROUBLE DE L'HUMEUR .....			
<input type="checkbox"/> RISQUE SUICIDAIRE			
REEDUCATION		EQUIPEMENTS MEDICAUX	
<input type="checkbox"/> KINESITHERAPIE		<input type="checkbox"/> Stomie .....	
<input type="checkbox"/> Motrice .....		<input type="checkbox"/> Respiratoire .....	
<input type="checkbox"/> Balnéothérapie .....		<input type="checkbox"/> Matelas a air	
<input type="checkbox"/> Respiratoire .....		<input type="checkbox"/> Escarre .....	
<input type="checkbox"/> ORTHOPHONIE .....			

## DONNEES SOCIO-FAMILIALES

**LIEU DE VIE :**     Domicile     Institution : Laquelle \_\_\_\_\_

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE** (En cours) :  OUI     NON    Laquelle : \_\_\_\_\_

**AIDES AU DOMICILE :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conjoint        | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie          |
| <input type="checkbox"/> Aide-ménagère   | <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile |
| <input type="checkbox"/> IDE libérale    | <input type="checkbox"/> Famille                    |
| <input type="checkbox"/> Centre de soins | <input type="checkbox"/> Autre pers. Rémunérée      |

**Coordonnées IDE ou HAD ou centre de soins :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**Joindre au dossier une ordonnance récente.**

**Un bon de transport ALLER et RETOUR sera à remettre au patient pour la période de son séjour.**

**A DEFAUT, TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA RETOURNEE ET NE SERA PAS TRAITEE**

## PRESCRIPTION DE SEJOUR

**PATIENT :** \_\_\_\_\_

Ce patient nécessite un séjour de rééducation au Centre Médical Germaine REVEL  
pour la durée de son hospitalisation **complète, de semaine ou temps partiel,**  
dans le cadre de son ALD, à compter du jour de son entrée.

**DATE :** \_\_\_\_\_

**MEDECIN (CACHET et SIGNATURE) :**