

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 : ____ / ____ / ____

N° de sécurité social : _____ Adresse mail : _____

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

Service des admissions du Centre médical Germaine REVEL

Mail : admissions@cmgr.fr – Tél. : 04.78.81.52.69 – Fax. : 04.78.81.57.46

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 et le dernier compte-rendu de consultation.

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) :