

### Médecine Générale

- Docteur Jean Jacques CROS  
*Président de la CME*
- Docteur Daniel DECANINI
- Docteur Guy FEUZ
- Docteur Ornella MURA

### Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION

### Pneumologie –Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

### Rééducation Motrice

#### Osthéopathie

- Docteur Pierre PELEPOL  
*Médecin coordonnateur*

### Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Christine PETITJEAN
- Mme Claire PHELOUX
- M. Maxime COCRIAMONT
- M. Gilbert LAIR

### Enseignant en activités

#### physiques adaptées et santé

- M. Jérôme DIGEON
- M. Boris ENCINAS

### Psychologue clinicienne

- Mme Laurence HENIN

### Assistante Sociale

- Mme Sandra DUGENET

## DEMANDE D'ADMISSION

Etablie par : Dr/Ets

### ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom et prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

**Numéro sécurité sociale :**

**Caisse de sécurité sociale :**

Adresse :

☎ :

Situation familiale :

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

☎ :

Chambre particulière souhaitée : Oui / Non

**JOINDRE COPIE DE LA CARTE MUTUELLE**

### Pathologie en cours motivant l'hospitalisation en SSR

Syndrome infectieux en cours : NON  OUI : .....

### Allergies

### Antécédents

**Créatinine \* :**

**Poids actuel \* :**

**Taille \* :**

**\* données obligatoires**

### Dépendance physique

<b>Toilette / Habillage :</b>	Seule <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
<b>Alimentation :</b>	Seule <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
	Régime alimentaire : .....		
	Troubles de la déglutition : oui / non		
<b>Elimination :</b>	Incontinence urinaire :	<b>Jour</b> : oui / non	<b>Nuit</b> : oui / non
	Incontinence fécale :	<b>Jour</b> : oui / non	<b>Nuit</b> : oui / non
	Sonde vésicale : oui / non		Stomie : oui / non
<b>Déplacement transfert :</b>	Sans aide <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
	Déambulateur / rollator <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	Lève-malade <input type="checkbox"/>

### Dépendance cognitive

<b>Comportement :</b>	Adapté <input type="checkbox"/>	Agité <input type="checkbox"/>	Anxiété <input type="checkbox"/>	Déambulation <input type="checkbox"/>	Dépression <input type="checkbox"/>
	Autres troubles du comportement : .....				
<b>Orientation :</b>	Normale <input type="checkbox"/>	Désorienté <input type="checkbox"/>	Confus <input type="checkbox"/>	Risque de fugue <input type="checkbox"/>	

### Etat cutané

<b>Escarres :</b> oui / non	<b>Plaies :</b> oui / non
<b>Localisations :</b>	

### Aides en place

### Devenir à l'issue du séjour

Je soussigné(e), Dr.....  
certifie que M n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.  
L'accueil dans votre établissement serait souhaitable pour le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date : Signature et Cachet :

☎ :

**JOINDRE LES TRAITEMENTS EN COURS (ordonnances)**

