

Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ
Médecin coordonnateur
- Docteur Bernard BONNABEL
- Docteur Fanny CAMPAGNIE

Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION
Président de la CME

Pneumologie –Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

Médecin DIM

- Docteur Pierre PELEPOL

Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Christine PETITJEAN
- Mme PRADA-PRAT Sandra
- M. Rémy CARILLET

Enseignant en activités physiques adaptées et santé

- M. Jérôme DIGEON
- M. Rémi LUCCHINI

Ergothérapeute

- Mme Emmanuelle MAZENC

Assistante Sociale

- Mme Christine FASSETTA

Diététicienne

- Mme Vanessa CASETTO

Psychologue clinicienne

- Mme Laurence HENIN

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

Toilette / Habillage :	Seule <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Alimentation :	Seule <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
	Régime alimentaire :		
	Troubles de la déglutition : oui / non		
Elimination :	Incontinence urinaire :	Jour : oui / non	Nuit : oui / non
	Incontinence fécale :	Jour : oui / non	Nuit : oui / non
	Sonde vésicale : oui / non		Stomie : oui / non
Déplacement transfert :	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

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

Etat cutané

Escarres : oui / non	Plaies : oui / non
Localisations :	

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)

