



## DEMANDE D'ADMISSION

### Affections de l'Appareil Locomoteur et du Système Nerveux

#### SERVICE DES ADMISSIONS

 **04 86 99 12 82**

 **04 92 45 34 90**

Médecin adresseur .....  .....

(Coordonnées) .....  .....

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....  .....

Numéro de Sécurité Sociale et régime : .....

#### MOTIFS DE LA DEMANDE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

❖ Intervention(s) chirurgicale(s) / Date(s) : .....

.....

❖ Pathologie médicale : .....

Date du début : .....

Évolution actuelle : .....

❖ Pathologie(s) associée(s) :

Neurologique .....

Cardio/Pneumo .....

Psychiatrique.....

Autre(s) .....

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE : .....

HÔPITAL DE JOUR

HOSPITALISATION COMPLÈTE

Chambre particulière  OUI  NON

47 €/jour au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (nous adresser photocopie Carte Mutuelle)  
**sous réserve de disponibilité**

→→TSVP

Tél. : 04.86.99.12.82.

Centre Médical Rhône-Azur – Groupe UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur- Corse

2, avenue Adrien Daurelle 05100 Briançon cedex - cmra.contact.ug-pacac@ugecam.assurance-maladie.fr

[www.ugecam-pacac.fr](http://www.ugecam-pacac.fr)

Etablissement certifié - HAS - V2014, labellisé Education Thérapeutique pour pathologies respiratoires chroniques

**ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT LORS DE LA DEMANDE**

❖ **ÉTAT INFECTIEUX :**

- Germe(s) : .....
- Localisation(s) : .....
- Traitement(s) : .....
- **Nécessité d'isolement :**     OUI     NON

❖ **PRESENCE D'ESCARRES :**     OUI     NON

- Localisation(s) : .....

❖ **DEPENDANCE :**

Compréhension	Comportement	Incontinence urinaire	Incontinence fécale
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Coopérant	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle
<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Oppositionnel	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Aucune		<input type="checkbox"/> Sonde à demeure	

	Habillage	Toilette	Alimentation	Déplacements
Autonome				
Aide partielle				
Aide totale				

Régime : ..... Sonde de nutrition : .....

❖ **TRAITEMENTS MEDICAUX :**

❖ **ENTOURAGE FAMILIAL PRESENT :**             OUI     NON

❖ **BILAN SOCIAL ETABLI :**                       OUI     NON

Nom de l'Assistante Sociale : .....  .....

❖ **DUREE DU SEJOUR PREVUE :** .....

❖ **DEVENIR A LA SORTIE DE RHONE-AZUR :**     Retour à domicile     Famille     Placement

**Date :** .....                      **Signature et TAMPON:**