

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 : **Prénom** :

Date de naissance : / /

Adresse :

..... ☎

Nom et Adresse Sécurité Sociale :

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^{er} janvier 2018 (nous adresser photocopie Carte Mutuelle)

sous réserve de disponibilité

→→TSVP

Tél. : 04.86.99.12.82.

Fax : 04.92.45.33.70.

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

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:**