

Soins de Suite et de Réadaptation avec Balnéothérapie

Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ
Président de la CME
- Docteur Suleyman KURT
Médecin coordonnateur
- Docteur Christophe POET
- Docteur Jean-Luc AUTRIC

Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION

Pneumologie –Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

Médecin DIM

- Docteur Pierre PELEPOL

Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Christine PETITJEAN
- Mme Anne-Laure BROCARD
- 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 ET
LES TRAITEMENTS EN COURS (ordonnances)**

Pathologie en cours motivant l'hospitalisation en SSR

Syndrome infectieux en cours : NON OUI :

Allergies

Antécédents

Créatinine :

Poids actuel :

Taille :

Soins de Suite et de Réadaptation avec Balnéothérapie

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous afin de pouvoir placer le patient dans la chambre la plus adaptée à son état de santé.

Toilette :	Sans aide <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Habillage :	Sans aide <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Déplacements :	Déambulateur / rollator <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	Canne <input type="checkbox"/>
Transferts :	Aide humaine <input type="checkbox"/>	Verticalisateur <input type="checkbox"/>	Lève malade <input type="checkbox"/>
Alimentation :	Sans aide <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Régime alimentaire :		
Incontinence urinaire	<u>Jour</u> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Nuit</u> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Incontinence fécale	<u>Jour</u> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Nuit</u> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sonde vésicale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Stomie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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"/>	
Communication orale :	Normale <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>	LSF ou sur lèvres <input type="checkbox"/> Par images <input type="checkbox"/>	
Communication écrite :	Normale <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>	Braille <input type="checkbox"/> Par images <input type="checkbox"/>	
Handicap moteur :	Paraplégie <input type="checkbox"/> Hémiplégie <input type="checkbox"/>	Tétraplégie <input type="checkbox"/>	
Amputations :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Appareillage :	
Handicap visuel :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Appareillage :	
Handicap auditif :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Appareillage :	
Escarres :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Localisation :	
Plaies :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Localisation :	
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 :

