

Médecine Générale

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

Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION

Pneumologie -Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

Pharmacien gérant de la PUI

- Docteur Jérôme BRAYER

Cadre de Santé

- Mme Alexandra RIVIERE

Assistante Sociale

- Mme Christine FASSETTA

Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Anne-Laure BROCARD
- M. Rémy CARILLET
- Mme Anne GILLI
- Mme Léa ZYLBERBERG-LEGROS

Enseignant en activités physiques adaptées et santé

- M. Rémi LUCCHINI

Ergothérapeute

- Mme Emmanuelle MAZENC

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"/>	
Habillement :	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 :

tel :