

Soins Médicaux et de Réadaptation avec Balnéothérapie

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"/>
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"/>
Trouble 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"/>	Oui
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
Incontinence fécale :	<u>Jour</u> :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	<u>Nuit</u> :
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
Sonde vésicale :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Stomie :	Oui
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non
Comportement :	.....				
Adapté	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	Déambulation
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Autres troubles du comportement :	.....				
Orientation :	Normale	<input type="checkbox"/>	Désorienté	<input type="checkbox"/>	Confus	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Communication orale :	Normale	<input type="checkbox"/>	Impossible	<input type="checkbox"/>	LSF ou sur lèvres	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Communication écrite :	Normale	<input type="checkbox"/>	Impossible	<input type="checkbox"/>	Braille	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Handicap moteur :	Paraplégie	<input type="checkbox"/>	Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	Tétraplégie	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Amputation :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Appareillage :	.....
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Handicap visuel :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Appareillage :	.....
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Handicap auditif :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Appareillage :	.....
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Escarres :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Localisation :	.....
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Plaies :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Localisation :	.....
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
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 :

☎ :