

### Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ  
*Médecin coordonnateur*
- Docteur Marjorie SECCHI
- Docteur Céline DUFFAU

### Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION  
*Président de la CME*

### 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 :**



**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 certifié que M

n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

L'accueil dans votre établissement serait souhaitable pour le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date :

Signature et Cachet :

