

| | | | |
|---|--|---|------------|
| Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez | Demande d'admission Fiche médicale (N° 2) | Référence : EN OPC 317 Indice : k | Page : 1/2 |
|---|--|---|------------|

A compléter par le médecin :

Identité (à compléter en majuscules)

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Sexe : masculin féminin
 Date de naissance :

Clinique ou hôpital : Médecin traitant :
 Adresse : Adresse :

 Médecin hospitalier : Tél :
 mail :
 Tél :
 mail :

Type d'hospitalisation demandée

| | |
|---|--|
| Hospitalisation Complète <input type="checkbox"/> Internat | Hospitalisation De Jour <input type="checkbox"/> |
|---|--|

Date d'entrée souhaitée :
 Motif d'entrée :

Critères d'éligibilité du patient à une hospitalisation en SMR au CRF de Tréboul :

Présence d'un adulte valide et aidant à domicile : oui non
 (IDE, proximité d'un kiné, transport possible)
 Logement accessible : oui non
 Pathologies associées :

Dernier **compte-rendu d'hospitalisation à joindre** et/ou **compte-rendu opératoire** (si intervention chirurgicale en date du :)

Projet de rééducation pour le séjour demandé :

.....

Projet de vie après rééducation :

Domicile Structure Autre

Joindre l'ordonnance des traitements médicamenteux pour les patients en hospitalisation complète :

- arrivant du domicile : Photocopie de la dernière ordonnance
- provenant d'une structure de soins : Faxer le traitement post opératoire et intercurrent la veille de l'arrivée du patient au CRF au **02 98 11 10 22** ou par mail : admission.douarnenez@orpea.net

Plaies : oui non
 Type : escarre ulcère VAC autre préciser :

Soins particuliers :

Sonde vésicale Cathéter sus-pubien Sonde gastrique Colostomie Picc Line PSE
 Trachéotomie Chambre implantable Oxygène: l/mn/24 h Apnée du sommeil appareillée

| | | | |
|---|--|---|------------|
| Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez | Demande d'admission Fiche médicale (N° 2) | Référence : EN OPC 317 Indice : k | Page : 2/2 |
|---|--|---|------------|

Présence de Bactéries Multi Résistantes (BMR) oui non
 Type : Localisation :

Handicap sensoriel :
 Visuel : oui non Auditif : oui non

Alimentation :
 Régime : Poids : IMC :
 Texture : Pompe nutrition

Grille d'autonomie

| Cotation | Indépendant | Supervisé | Aide partielle | Aide totale |
|--|---|---|---|---|
| Toilette (Inclus l'hygiène personnelle et les soins d'apparence) | <input type="checkbox"/> haut et bas (plus ou moins aide technique) | <input type="checkbox"/> (AS, famille) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Habillage (haut et bas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déplacement et locomotion | | | | |
| Lever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Continence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportement et interaction sociale | <input type="checkbox"/> Adapté | <input type="checkbox"/> Apathique | <input type="checkbox"/> Agité agressif | <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> DTS <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire |
| Communication | <input type="checkbox"/> Adapté | <input type="checkbox"/> Apragmatisme et à stimuler | <input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension importante | <input type="checkbox"/> Inexistante |
| Matériel | | | | |
| Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Déambulateur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Cannes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Matelas à air | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |

Médecin ayant renseigné la fiche :
 Dr
 Spécialité :
 Tél : Fax :
 Date :

Cachet et signature du médecin :

Accord de la commission d'admission :

Commentaires :

