



Centre de rééducation de Sainte - Clotilde

19, bis Chemin de la Clinique - BP 93

97491 Sainte - Clotilde cedex

tel: 02 62 48 29 04 fax: 02 62 48 29 30

N° d'identification 970 404 406

SECRETARIAT MEDICAL

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint demande d'admission au Centre de Rééducation Sainte-Clotilde.

Ce formulaire complètement renseigné est à retourner, accompagné des comptes rendus et courriers médicaux. et traitement.

Par FAX au 02 62 48 29 30

Ou Courriel à « secretariat-medical@crsc.re »

Afin de permettre l'étude du dossier et la prise en charge du patient, toutes les rubriques de ce formulaire doivent être obligatoirement complétées.

Il est important de bien renseigner les coordonnées du patient pour la convocation ainsi que celles du demandeur pour la réponse par fax ou courriel.

Nous vous remercions de votre confiance.

Recevez Madame, Monsieur, nos cordiales salutations.

Décision de la Commission d'admission

☐ Admis
☐ Refusé

Date proposée :

Demandeur

Etablissement

Service :

Tél :

Médecin :

Date d'hospitalisation dans votre service : ____ / ____ / ____

Date d'intervention chirurgicale :

Date de la demande : ____ / ____ / ____ date d'admission souhaitée : ____ / ____ / ____

Mode d'hospitalisation souhaitée : H. Complète ☐ de Jour ☐

Renseignement Administratif du patient (ou étiquette)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Sexe : F / M

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Tel Famille :

N° SS :

Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non

Forfait journalier pris en charge ☐ Oui ☐ non ☐ NSP Supplément chambre seul ☐ Oui ☐ non ☐ NSP

Séjour en rapport avec ☐ ALD ☐ AT ou mal Prof. Date : ____ / ____ / ____ ☐ K>50 ☐ Autre :

Prescription Médicale

Joindre : Compte rendu hospitalisation et/ou opératoire, ordonnance traitement en cours

Pathologie :

Objectifs de prise en charge :

Troubles : ☐ de la conscience ☐ de l'humeur ☐ cognitifs ☐ du comportement

BMR : ☐ Oui Site :

Chambre Particulière : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Pour convenance personnelle ☐ Pour raison médicale

Traitement en cours : Voie veineuse périphérique ☐ Oui ☐ Non

Eléments Sociaux Professionnels

Nom :

Prénom :

Situation professionnelle : ☐ Salarié ☐ chômage ☐ retraité ☐ étudiant ☐ en invalidité

Le patient vit seul : ☐ Oui ☐ Non

Personne à prévenir :

Aide au domicile : ☐ Famille ☐ Infirmier(e) ☐ Auxiliaire ☐ Autre :

Habitation : ☐ Maison ☐ Appartement (étage sans ascenseur ☐) ☐ Institution :

Protection Juridique : ☐ Oui ☐ non Si oui ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ En cours

Eléments Infirmiers

Ventilation : ☐ RAS ☐ Trachéotomie ☐ Aspiration ☐ Oxygène ☐ Aérosol ☐ App. Apnée du sommeil

Etat Cutané ☐ Normal ☐ A risque ☐ Escarre, localisation : _____ ☐ plaie, localisation : _____

Infection : ☐ Oui ☐ Non

Appareillage ☐ RAS ☐ Traction ☐ Prothèse ☐ Orthèse ☐ Autre :

Dépendance

Déplacements ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète ☐ Lit strict ☐ pas d'appui
Aide matérielle ☐ Fauteuil roulant ☐ Cannes ☐ déambulateur

Transferts ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète

Faire sa toilette ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète

Habillage ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète

Aller aux toilettes ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète

Incontinence urinaire ☐ Oui ☐ Non si Oui : ☐ Protection ☐ Stomie ☐ cystocath ☐ Etui pénien

Incontinence Anale ☐ Oui ☐ Non si Oui : ☐ Protection ☐ Stomie

Alimentation ☐ seul ☐ Aide partielle ☐ Aide Complète

☐ Troubles de la déglutition ☐ Stomie d'alimentation (GPE) ☐ SNG ☐ Régime

Communication :

Vision ☐ Normale ☐ Altérée

Compréhension : ☐ Normale ☐ Altérée

Audition ☐ Normale ☐ Altérée

Expression : ☐ Normale ☐ Altérée