

DEMANDE D'ADMISSION

CENTRE NATIONAL DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET DE RÉADAPTATION

Toute demande d'admission doit être complétée par un médecin et sera étudiée par les médecins MPR du CNRFR en fonction des critères médicaux et socio-environnementaux.

Type d'hospitalisation* :	Hospitalisation complète	Ambulatoire
DIAGNOSTIC* :		
Date de la demande* :		
Date d'admission souhaitée* :		
Hôpital d'origine* :		
Service/Unité - N° chambre* :		
Médecin référent* :		

Nom prénom date de naissance* :

Sexe* : M F

Adresse* :

Caisse et matricule* :

Coordonnées du patient* :  

Situation socio-familiale* :

Situation juridique* :

Nom	Prénom	Lien
-----	--------	------

Représentant légal : 

Personne de confiance : 

Personne de contact : 

Antécédents médico-chirurgicaux* : Informations médicales

☐ Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection inférieure à 40%

Suivi médical prévu* :

Observations :

Poids :

Taille :

Toilette	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Habillage	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Mobilité / Transfert	☐ Autonome	Aide partielle	☐ Aide totale
Station Assise	☐ >1h	1h	☐ <1h
Aide technique	☐ Béquille(s)	Cadre de marche	☐ Fauteuil roulant
Appui	☐ Totale	Partiel _____ kg	☐ Pas d'appui
Etat cognitif / Comportement	☐ Normal	☐ Désorienté	☐ Confus
		☐ Déambulation	☐ Fugue
		☐ Agitation	☐ Prostration
		☐ Agressivité	
Se nourrir / Prise de repas*	☐ Autonome	☐ Aide Partielle	Aide Totale
Alimentation*	☐ Normale	☐ Fausse Route	PEG
			SNG
			Alim. entérale
Élimination urinaire	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ SAD
Élimination fécale	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ Cystofix
			☐ Stomie
Respiration*	☐ Autonome	☐ Trachéotomie / Aide permanente	Trachéotomie / Aide totale
			Ventilation assistée (non invasive)
Oxygène	_____ l/min	_____ l/min	_____ l/min
Communication	☐ Normale	☐ Surdité	☐ Aphasie
		☐ C�c�t�	☐ Autres
Plaie	Site	Type	Traitement
☐ VAC-Thérapie			
☐ Escarre			
Localisation :			
Autres dispositifs médicaux			
☐ Perfusion	☐ Voie veineuse périphérique	☐ Voie veineuse centrale	☐ Chambre implantable (port)
☐ Pace maker			
☐ Défibrillateur interne	Autres :		
Hygiène			
Isolement*	☐ non	☐ oui Germe : _____ Localisation : _____ Mode Transmission : Contact Gouttelette Contact/ gouttelette	

Si le clic sur le bouton 'Envoyer par mail' ne vous ouvre pas votre logiciel de messagerie, vous pouvez envoyer ce pdf en pièce jointe   l'adresse :

* Champs obligatoires