

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	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Mobilité / Transfert	<input type="checkbox"/> Autonome	Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Station Assise	<input type="checkbox"/> >1h	1h	<input type="checkbox"/> <1h
Aide technique	<input type="checkbox"/> Béquille(s)	Cadre de marche	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Appui	<input type="checkbox"/> Totale	Partiel _____ kg	<input type="checkbox"/> Pas d'appui
Etat cognitif / Comportement	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Désorienté	<input type="checkbox"/> Confus
		<input type="checkbox"/> Déambulation	<input type="checkbox"/> Fugue
		<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Prostration
		<input type="checkbox"/> Agressivité	
Se nourrir / Prise de repas* Alimentation*	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Fausse Route	Aide Totale PEG SNG Alim. entérale
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Cystofix
Élimination fécale	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Stomie
Respiration*	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Trachéotomie / Aide permanente	Trachéotomie / Aide totale Ventilation assistée (non invasive)
Oxygène	_____ l/min	_____ l/min	_____ l/min
Communication	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Autres
Plaie	Site	Type	Traitement
<input type="checkbox"/> VAC-Thérapie			
<input type="checkbox"/> Escarre			
Localisation :			
Autres dispositifs médicaux			
<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale	<input type="checkbox"/> Chambre implantable (port)
<input type="checkbox"/> Pace maker	Autres :		
<input type="checkbox"/> Défibrillateur interne			
Hygiène			
Isolement*	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> 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 à l'adresse :

* Champs obligatoires