REHAZENTER
LUXEMBOURG

CENTRE NATIONAL
DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ET DE RÉADAPTATION
Établissement Public

Pôle* : ◯ Rééducation neurologique
◯ Rééducation appareil locomoteur

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.

Cette fiche doit impérativement être complétée **par voie informatique** avant toute impression. L'impression anticipée risque d'entraîner une perte d'informations obligatoires, compromettant l'exhaustivité du dossier et pouvant retarder les décisions à prendre.

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* : GSM

Situation socio-familiale* :

Situation juridique* :

	Nom	Prénom	Lien
Représentant légal :			
Personne de confiance :			
Personne de contact :			

Informations médicales

Antécédents médico-chirurgicaux*:

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

Suivi médical prévu* :

Observations :

REHAZENTER
LUXEMBOURG

CENTRE NATIONAL
DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ET DE RÉADAPTATION
Établissement Public

Poids :
Taille :

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

L'email envoyé doit être chiffré, et aucune donnée personnelle du patient ne doit apparaître dans l'objet du message ni dans le nom du fichier joint. Si le chiffrement de l'email n'est pas possible, le document devra être envoyé au format PDF protégé par mot de passe. Ce mot de passe devra être transmis par un canal séparé, par exemple par téléphone. Dans ce cas, aucune donnée personnelle du patient ne doit figurer dans l'objet, le corps de l'email, ni dans le nom du fichier joint.

Envoyer par mail

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 :
secretariat.hospitalisation@rehazenter.lu

* Champs obligatoires