Enregistrement E.19.h	Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles PASTEUR 5 Esplanade Lucien Péchart 10000 TROYES TEL : 03.25.43.78.84	
	DEMANDE D'ADMISSION A FAXER AU 03.25.43.78.90	

Merci de remplir lisiblement tous les items de cette demande et d'y joindre les documents administratifs du patient (fiche individuelle d'hospitalisation ou copie attestation carte vitale) ainsi que le compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, radiographies, transmission IDE afin que votre demande soit prise en compte.

Dr GUELORGET Véronique, Dr JAFFLIN Esther, Dr LOMBARDINI Fabrice

Service demandeur :

Etablissement :

Médecin responsable :

Tel : **Fax :**

Identité du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de vie habituel :

Motif de la demande de rééducation :

Date de l'intervention ou de l'évènement pathologique :

Date d'admission souhaitée :

Traitements :

Antécédents:

Eléments d'évaluation de la charge de soins

Patient porteur :	OUI	NON
BMR	☐	☐
Sonde urinaire à demeure	☐	☐
Sonde gastrique	☐	☐
Trachéotomie	☐	☐
Escarre(s)	☐	☐
Pansements	☐	☐
Incontinence urinaire	☐	☐
Incontinence fécale	☐	☐
Appui autorisé	☐	☐

Autonomie :	OUI	NON
Toilette/habillement : haut	☐	☐
Toilette/habillement : bas	☐	☐
Déplacements/transferts	☐	☐
Alimentation	☐	☐
Patient cohérent	☐	☐
Patient aphasique	☐	☐
Retour à domicile	☐	☐

Si non à préciser : ……..
Information complémentaire : …….
…….....

Fiche établie par (nom et fonction) : **Le :** **Signature :**

Ce document du 29/04/08 annule et remplace la version précédente