

DEMANDE D'ADMISSION SERVICE SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Date de la demande :/...../.....
Etablissement :
Médecin Prescripteur :
Service :
Tél : Poste :
Mail : @

IDENTITE PATIENT : Mr Mme
NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....
Tél :

ENTRÉE souhaitée le :/...../.....

Chambre souhaitée : 1 lit 2 lits

(Merci de préciser au patient qu'il nous est impossible de promettre une chambre seule dès l'entrée, mais tout sera mis en œuvre pour satisfaire la demande durant le séjour)

MOTIF JUSTIFIANT LA DEMANDE (Contre-indication : Altération des fonctions supérieures).

PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

PATHOLOGIE PRINCIPALE

-
-
-
-
-

PATHOLOGIES ASSOCIEES

-
-
-
-
-
-
-

Observations Eventuelles :

AUTONOMIE	déplacement	toilette	habillage	repas	continence
Seule					
Aide partielle					
Aide totale					

Poids :

Taille :

IMC :

TRAITEMENT EN COURS :

-
-
-
-
-
-

-
-
-
-
-
-

DEVENIR ENVISAGE :

DOCUMENTS INDISPENSABLES A FOURNIR LE JOUR DE L'ENTREE DU PATIENT

Attention la prise en charge par la complémentaire santé/mutuelle n'est pas systématique

- Carte Vitale Carte d'Identité Carte d'Assurance / Complémentaire de santé
 Courrier Médical de Sortie... Ordonnance de sortie
 Comptes-rendus médicaux... Radios Résultats Labo

DECISION DE L'ETABLISSEMENT :

La Cadre de santé informera le service par téléphone des suites données à cette demande.