

## 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 nais :...../...../.....  
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.