Centre Médical La Roseraie
Centre de Rééducation Fonctionnelle

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION
SSR SPECIALISE ORTHOPEDIE : AMPUTES

ENR-MED-09-V0

Tél . 05 65 24 10 90
Fax 05 65 24 10 14
46240 MONTFAUCON
reeducation@ch-la-roseraie.fr

Date de la demande ____ / ____ / ____

Nom de la personne remplissant le formulaire : _____

ETALISSEMENT DEMANDEUR

Etablissement : _____

Service : _____

Médecin : _____

Tél : _____ Fax : _____

Cachet du médecin ou de l'établissement

IDENTITE DU PATIENT

Sexe: M F Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Langue maternelle : _____ ⊗<65ans ☐ <85ans ☐

Adresse : _____ ☐ <120 km

⊗Activité professionnelle ☐ oui ☐ non

Téléphone dom : _____

☐ vit en couple ☐ vit seul ☐ entourage

Téléphone port : _____

☐ déjà venu à la Roseraie

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Patient ayant fait un séjour à l'étranger dans les 12 derniers mois ☐ oui ☐ non

Patient hospitalisé à l'étranger dans les 12 derniers mois ☐ oui ☐ non

Notion BMR ☐ oui ☐ non Type de germes : ……

Notion BHRE ☐ oui ☐ non

☐ Patient immnunodéprimé

Complications : ◆ Infection ☐ oui ☐ non Localisation : _____

⊖ Isolement ☐ oui ☐ non

Niveau d'amputation : _____

Date d'amputation : ____ / ____ / ____

Motivation du patient : ☐ oui ☐ non

Etiologie amputation :
☐ Artérite ☐Traumatisme ☐Ischémie, infection ☐Autres
☐ Artériopathie diabétique ☐Tumeur ☐Affection neurologique

Antécédents :
- ⊖ Dépendance antérieure pour AVJ et pour la marche ☐
- ⊖ Déficience cognitive ou troubles du comportement ☐
- ◆ Obésité morbide ☐
- ◆ Insuffisance cardiaque sévère ☐
- ◆ Insuffisance respiratoire sévère ☐
- ◆ Autres (cardio-vasculaires, handicap, prothèse…) ☐

Complications générales:
- ◆ Altération profonde de l'état général ☐
- ◆ Escarres ☐
- ◆ Infection ☐

- Hypotension orthostatique ☐
- Fatigabilité sévère ☐

Complication moignon :
- Circulatoire ☐
- Orthopédique ☐
- Cutanée ☐
- Infection ☐

BILAN

Aspect du moignon

- Longueur : ☐ Court ☐ Moyen ☐ Long
- Forme : ☐ Cylindrique ☐ Cônique ☐ Bulbeux
- Indolence : ☐ oui ☐ non

Sensation du membre fantôme ☐ oui ☐ non

- Etat de la plaie opératoire :

.....

.....

Mobilité articulaire sus jacente

- Hanche : Flexion : Extension :
- Genou : Flexion : Extension :

Force musculaire globale du moignon

.....

Membres supérieurs

- Douleur : ☐ oui ☐ non
- Limitation : ☐ oui ☐ non
- Force musculaire correcte : ☐ oui ☐ non

Equilibre

- Equilibre assis : ☐ oui ☐ non
- Equilibre debout : ☐ oui ☐ non
- Station monopodale sans appui : ☐ oui ☐ non
- Station monopodale avec appui : ☐ oui ☐ non

Autonomie

- Transfert seul : ☐ oui ☐ non
- Toilette : ☐ aide totale ☐ aide partielle ☐ autonome
- Habillage : ☐ aide totale ☐ aide partielle ☐ autonome

Elimination

- Incontinence urinaire ☐ oui ☐ non
  - Sondage à demeure ☐ oui ☐ non
  - Sondage intermittent ☐ oui ☐ non
- Incontinence fécale ☐ oui ☐ non

Alimentation

- Poids :
- Taille :
- IMC :

- Mange seul ☐ oui ☐ non
- Troubles de la déglutition ☐ *oui* ☐ non
- Sonde naso-gastrique ou gastrostomie ☐ oui ☐ non
- Alimentation parentérale ☐ oui ☐ non

} Produit : ……

Projet de sortie

☐ retour à domicile ☐ moyen séjour ☐ placement
☐ famille aidante

Démarches entreprises _____

ou en cours : _____

_____

Demande ALD : ☐ oui ☐ non
Mesure de protection juridique ☐ oui ☐ non

Projet de vie

(Professionnel, loisirs…) _____

MERCI DE JOINDRE A CETTE DEMANDE LE TRAITEMENT MEDICAL
Fax 05 65 24 10 14

Date d'admission souhaitée : ……/……/……..

Cadre réservé - Commission médicale La Roseraie

Accepté ☐
Dossier à revoir ☐
Refusé ☐ Motif du refus : _____

Commentaires : _____

_____

_____