

**FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION
 SSR SPECIALISE ORTHOPEDIE**

Tél . 05 65 24 10 10

Date de la demande _____ / _____ / _____

Fax 05 65 24 10 14

Nom de la personne remplissant le formulaire : _____

46240 MONTFAUCON

medical@ch-la-roseraie.fr

ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Etablissement : _____

Service : _____

Médecin : _____

Tel : _____ Fax : _____

*Cachet du médecin ou de
l'établissement*

IDENTITE DU PATIENT

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

Langue maternelle : _____ > 70 ans

Adresse : _____

Activité professionnelle : Oui Non

Téléphone dom : _____

vit en couple vit seul entourage

Téléphone port : _____

déjà venu à la Roseraie

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : _____

TYPE INTERVENTION : _____

Date de l'intervention ou maladie :

Pathologies associées prédominantes : _____

Notion BMR : Oui Non Si oui, germe : _____

Notion BHRE Oui Non Hospitalisé à l'étranger (ou DOM-TOM) dans les 12 derniers mois Oui Non

Isolement Patient rapatrié sanitaire Oui Non

Patient immunodéprimé Séjour récent à l'étranger Oui Non

Résultats fonctionnels escomptés : _____

AUTONOMIE

| AUTONOMIE | | |
|--|--|---|
| LOCOMOTION <input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Marche seul <input type="checkbox"/> Aide au transfert <input type="checkbox"/> Sans appui <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale | TOILETTE + HABILLAGE <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <hr/> ASSISTANCE VENTILATOIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sous oxygène <input type="checkbox"/> Oui Non | ALIMENTATION <input type="checkbox"/> Seul Poids : _____ <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale Taille : _____ <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel IMC : _____ <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Régime normal |
| INCONTINENCE <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Sonde urinaire, cystocath. | PROJET DE SORTIE <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Placement <input type="checkbox"/> Autres | <input type="checkbox"/> Domicile non adapté <input type="checkbox"/> Complications médicales <input type="checkbox"/> Problème de dépendance <input type="checkbox"/> Difficultés d'accessibilité aux soins (IDE, kinés...) |
| ESCARRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

MERCI DE JOINDRE A CETTE DEMANDE LE TRAITEMENT MEDICAL

Fax 05 65 24 10 14

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

Cadre réservé - Commission médicale La Roseaie

Accepté

Dossier
à revoir

Refusé

Motif du refus : _____

Commentaires : _____
