

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 : _____

ETABLISSEMENT 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

Pathologie : _____

Date d'apparition des troubles : _____ / _____ / _____ <2mois

Origine : ischémique hémorragique

Etiologie : cardiaque malform. Vascul. sténose vascul. tumeur lacunes trauma

Résultats du dernier scanner : _____

Antécédents :

- Dépendance antérieure pour AVJ oui non
- Détérioration cognitive globale oui non
- Obésité morbide oui non
- Insuffisance cardiaque sévère oui non
- Insuffisance respiratoire sévère oui non
- Inaptitude à l'effort oui non
- Facteurs de risque cardio-vasculaire _____
- Autres _____

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 immunodéprimé

Complications : Infection oui non Localisation : _____

Isolement oui non

Altération profonde de l'état général oui non

Trachéotomie oui non O₂

Pathologie mettant en jeu le pronostic vital oui non

Escarres oui non

Autres (hypotension orthostatique, fatigabilité sévère...) _____

Evolution des troubles neurologiques : Début de récupération oui non
 Mbre sup. Mbre inf

Equilibre assis oui non

Maintien au fauteuil > 3 h oui non

Participation aux transferts oui non

Reprise de la marche oui non

Traitement médical :

BILAN

Etat psycho-sensoriel

Troubles sensoriels Vision Audition
 Troubles du langage Dysarthrie Aphasie avec tb compréhension
 troubles sensitifs massifs oui non sans tb compréhension
 Héminégligence oui non
 Troubles de l'orientation TS oui non
 Troubles du comportement diurne nocturne Type : _____
 Coopération du patient oui non

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 } Produit :
 Alimentation parentérale oui non

Toilette - habillage

aide partielle aide totale

Projet de sortie

retour à domicile moyen séjour EHPAD
 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 : _____
