

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

Date de la demande _____ / _____ / _____
Nom de la personne remplissant le formulaire : _____

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 : _____

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

<p>LOCOMOTION</p> <p><input type="checkbox"/> Appui autorisé</p> <p><input type="checkbox"/> Marche seul</p> <p><input type="checkbox"/> Aide au transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Sans appui</p> <p><input type="checkbox"/> Aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Aide totale</p>	<p>TOILETTE + HABILLAGE</p> <p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Aide totale</p> <hr/> <p>ASSISTANCE VENTILATOIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Sous oxygène</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Non</p>	<p>ALIMENTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Seul Poids : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Aide totale Taille : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabétique</p> <p><input type="checkbox"/> Sans sel IMC : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique</p> <p><input type="checkbox"/> Régime normal</p>
<p>INCONTINENCE</p> <p><input type="checkbox"/> Urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Fécale</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde urinaire, cystocath.</p>	<p>PROJET DE SORTIE</p> <p><input type="checkbox"/> Retour à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Placement</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>	<p>MODE DE VIE</p> <p><input type="checkbox"/> En couple</p> <p><input type="checkbox"/> Vit Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>
<p>ESCARRES</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>		

**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 : _____

