

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		
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 <input type="checkbox"/> 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	MODE DE VIE <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Vit Seul <input type="checkbox"/> Autres
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 Roseraie

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

