

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Hospitalisation complète Fiche médicale (N° 2)	Référence : EN OPC 317 Indice : m	Page : 1 / 3
--	---	---	--------------

A compléter par le médecin :

Identité (à compléter en majuscules)

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Sexe : masculin ☐ féminin ☐
 Date de naissance :

Clinique ou hôpital : Médecin traitant :
 Adresse : Adresse :

 Médecin hospitalier : Tél :
 mail :
 Tél :
 mail :

Date d'entrée souhaitée :

Motif d'entrée :

Critères d'éligibilité du patient à une hospitalisation en SMR au CRF de Tréboul :

Présence d'un adulte valide et aidant à domicile : oui ☐ non ☐
 (IDE, proximité d'un kiné, transport possible)

Logement accessible : oui ☐ non ☐

Pathologies associées :

Dernier **compte-rendu d'hospitalisation à joindre** et/ou **compte-rendu opératoire** (si intervention chirurgicale en date du :)

Projet de rééducation pour le séjour demandé :

.....
.....

Projet de vie après rééducation :

Domicile ☐ Structure ☐ Autre ☐

Joindre l'ordonnance des traitements médicamenteux pour les patients :

- **arrivant du domicile** : Photocopie de la dernière ordonnance
- **provenant d'une structure de soins** : Faxer le traitement post opératoire et intercurrent la veille de l'arrivée du patient au CRF au **02 98 11 10 22** ou par mail : admission.douarnenez@emeis.com

Plaies : oui ☐ non ☐
Type : escarre ☐ ulcère ☐ VAC ☐ autre ☐ préciser :

Soins particuliers :

Sonde vésicale ☐ Cathéter sus-pubien ☐ Sonde gastrique ☐ Colostomie ☐ Picc Line ☐ PSE ☐
 Trachéotomie ☐ Chambre implantable ☐ Oxygène: l/mn/24 h ☐ Apnée du sommeil appareillée ☐

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Hospitalisation complète Fiche médicale (N° 2)	Référence : EN OPC 317 Indice : m	Page : 2 / 3
---	--	---	--------------

Présence de Bactéries Multi Résistantes (BMR) oui ☐ non ☐
 Type : Localisation :

Handicap sensoriel :
 Visuel : oui ☐ non ☐ Auditif : oui ☐ non ☐

Alimentation :
 Régime : Poids : IMC :
 Texture : Pompe nutrition ☐

Grille d'autonomie

Cotation	Indépendant	Supervisé	Aide partielle	Aide totale
Toilette (Inclus l'hygiène personnelle et les soins d'apparence)	☐ haut et bas (plus ou moins aide technique)	☐ (AS, famille)	☐ ☐	☐
Habillage (haut et bas)	☐	☐	☐ ☐	☐
Déplacement et locomotion				
Lever	☐	☐	☐	☐
Transfert	☐	☐	☐	☐
Marche	☐	☐	☐	☐
Escalier	☐	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐	☐
Contenance	☐	☐	☐	☐
Comportement et interaction sociale	☐ Adapté	☐ Apathique	☐ Agité agressif	☐ Fugue ☐ DTS ☐ Troubles de la mémoire
Communication	☐ Adapté	☐ Apragmatisme et à stimuler	☐ Difficulté de compréhension importante	☐ Inexistante
Matériel				
Fauteuil roulant	☐ Oui	☐ ☐ Non		
Déambulateur	☐ Oui	☐ ☐ Non		
Cannes	☐ Oui	☐ ☐ Non		
Matelas à air	☐ Oui	☐ ☐ Non		

Médecin ayant renseigné la fiche :
 Dr
 Spécialité :
 Tél : Fax :
 Date :

Cachet et signature du médecin :

Accord de la commission d'admission :

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Un établissement  Demande d'admission Hospitalisation complète Fiche médicale (N° 2)	Référence : EN OPC 317 Indice : m	Page : 3 / 3
---	---	---	--------------

Commentaires :
.....
.....