

CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE  
BP n° 5 – 25440 QUINGEY

tél secrétariat médical : 03 81 54 67 08 – fax 03 81 63 89 26



# DEMANDE D'ADMISSION

**Etablissement demandeur :**

Service :

Patient

**NOM :**

Nom de jeune fille :

**Prénom :**

Née le

à

nationalité :

Adresse :

Situation de famille : célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  concubinage

Profession :

employeur :

S'agit-il d'un AVP ?

AT ?

date de l'accident :

K opératoire :

Personnes à prévenir :

*Nom, prénom et adresse :*

*Lien de parenté :*

*N° de téléphone :*

*Nom, prénom et adresse :*

*Lien de parenté :*

*N° de téléphone :*

Assuré

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° d'immatriculation :

Organisme de sécurité sociale (nom et adresse) :

Organisme complémentaire (nom et adresse) :

**CRF 25440 QUINGEY**

NOM – Prénom du patient :

Ets demandeur :

service :

Date d'entrée dans votre établissement :

Nom et adresse du médecin traitant :

**Affection traitée :**

- Diagnostic motivant la demande :
- date de début de l'affection ou de l'intervention (joindre CRO) :
- antécédents :

**Etat clinique actuel :**

- Surpoids OUI  NON
- Degré de coopération BON  MOYEN  FAIBLE
- Troubles des fonctions intellectuelles OUI  NON
- Continence urinaire OUI  NON
- continence anale OUI  NON
- état cutané : escarre OUI  NON
- infection à germe résistant OUI  NON  si oui à préciser :
- oxygénothérapie ou appareillage (à préciser) :

valeur fonctionnelle	normale	moyenne	très diminuée	nulle
MID				
MIG				
MSD				
MSG				

**Autonomie :**

- habillage OUI  NON  AVEC AIDE
- toilette OUI  NON  AVEC AIDE
- mange seul(e) OUI  NON  AVEC AIDE
- troubles de déglutition OUI  NON
- appui autorisé OUI  NON  date de reprise d'appui :
- marche OUI  NON   
déambulateur cannes

NOM – Prénom du patient :

---

**Traitement actuel :**

**Le patient a-t-il reçu des produits sanguins labiles**

- autotransfusion
- allotransfusion
- autres

**Projet de sortie**    DOMICILE                       AUTRE SOLUTION  laquelle ?

**Date souhaitée pour le transfert :** .....

Désirez-vous revoir le patient dans votre service :                      OUI                       NON

**Important :**

Pour une meilleure efficacité, merci de nous informer de toute modification susceptible de retentir sur la rééducation.

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE POURRONT ETRE PRIS EN CONSIDERATION
--

Fait à .....le.....

Nom et signature :  
Cachet du service

**Afin d'organiser au mieux la prise en charge des patients, les admissions se font le matin entre 10 h et 11 h.** Merci de votre compréhension

A titre indicatif, en annexe, les éléments souhaités à l'admission au CRF