

**FICHE N°2**  
**DEMANDE D'ADMISSION MEDICALE**  
**A remplir par le médecin et à transmettre au secrétariat médical du CRF**

**IDENTITE** (A compléter en majuscules)

NOM : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Sexe : masculin  féminin   
Date de naissance : .....

**Clinique ou hôpital** ..... Tél .....  
Adresse ..... Fax .....  
Médecin hospitalier.....

**Médecin traitant**..... Tél .....Fax .....  
Adresse .....

**TYPE D'HOSPITALISATION DEMANDÉE**

INTERNAT <input type="checkbox"/>	½ PENSION (HDJ) <input type="checkbox"/>	EXTERNAT (TCA) <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---

**DATE D'ENTREE SOUHAITEE** : .....

Motif d'entrée : .....

**CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ** du patient à une hospitalisation en SSR au CRF de Tréboul :  
(mise sous accord préalable pour les ligamentoplasties et les PTH de 1ère intention )

Complications locales, régionales ou générales.                    oui     non   
(à renseigner en post opératoire)

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

Logement accessible : .....oui     non

Score ASA (entourer)      1    2    3    4    5

Difficulté de compréhension lors de la consultation.....oui     non

Pathologies associées: .....

Intervention chirurgicale du .....

Projet de rééducation pour le séjour demandé :  
.....  
.....

**Projet de vie après rééducation :**

Domicile.....Structure.....autre.....

Tél : .....Fax : .....

**Pour les traitements médicamenteux des patients en hospitalisation complète :**

- **arrivant de leur domicile** : merci de joindre à votre demande d'entrée la photocopie de votre dernière ordonnance,
- **provenant d'une structure de soins**: merci de faxer le traitement post opératoire et intercurrent la veille de l'arrivée du patient à la pharmacie du CRF au **02 98 11 10 28**

**SOINS**

1) Douleur : oui  non  Echelle:.....

2) Plaies : oui  non

Type : scarre  ulcère  autre  préciser : .....

**3) Soins particuliers :**

Sonde vésicale  Cathéter sus-pubien   
 Sonde gastrique  Colostomie   
 Trachéotomie  Chambre implantable   
 Oxygène: l/mn  Apnée du sommeil appareillée

4) Présence de Bactéries Multi Résistantes (BMR) oui  non

Type : ..... Localisation : .....

**5) Sérologie hépatite B, C ou HIV**

6) Transfusion en cours de séjour oui  non

**7) Grille d'autonomie**

Cotation	1	2	3	4
<b>Toilette</b> (Inclus l'hygiène personnelle et les soins d'apparence)	<input type="checkbox"/> <b>Indépendant</b> Haut et bas (plus ou moins aide technique)	<input type="checkbox"/> <b>Supervisé</b> (AS, famille)	<input type="checkbox"/> <b>Aide partielle</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aide totale</b>
<b>Habillage</b> (Haut et bas)	<input type="checkbox"/> <b>Seul</b>	<input type="checkbox"/> <b>Supervisé</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aide partielle</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aide totale</b>
<b>Déplacement et locomotion</b>	<input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Supervisé	<input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Impossible
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Supervisé	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Continence</b>	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Supervisé	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Comportement et interaction sociale</b>	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Apathique	<input type="checkbox"/> Agité agressif	<input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> DTS <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire
<b>Relation</b>	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Apragmatisme et à stimuler	<input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension importante	<input type="checkbox"/> Inexistante
<b>Fauteuil roulant</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

**8) Handicap sensoriel**

Visuel : oui  non  Auditif : oui  non

**COMMENTAIRES**

Date : .....

Cachet et signature du médecin :

Médecin ayant renseigné la fiche :

Dr.....

Fonction : .....

Tél : ..... Fax.....

« ACCORD DE LA COMMISSION D'ADMISSION » .....