

Le présent document **DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN MEDECIN.**

Une fois complété, il est à retourner par voie postale, par fax ou en mains propres à l'adresse suivante :

**Secrétariat des préadmissions  
Centre de médecine physique  
Et de réadaptation de Bobigny  
359 avenue Paul Vaillant couturier  
93000 BOBIGNY  
Fax : 01 43 93 26 14**

Ou par voie électronique à l'adresse : [admissioncmpr@fondationcos.org](mailto:admissioncmpr@fondationcos.org)

### **Pièces administratives à fournir**

- Photocopie de la pièce d'identité ou du titre de séjour
- Photocopie de la carte vitale ou de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte de mutuelle ou de l'attestation de mutuelle
- Photocopies des compte-rendu opératoires
- Photocopies des compte-rendu de consultation
- Photocopies des comptes rendu d'hospitalisation

*Merci de ne pas joindre les originaux des compte-rendu médicaux, d'ordonnances et d'imagerie médicale. Le Centre ne sera pas tenu responsable en cas de perte.*

**Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais, et fera l'objet d'une réponse écrite.**

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Date de remplissage : | | | | | | | | |

**Qualité du demandeur :**

Médecin Traitant     Service Hospitalier     Patient     Entourage

*Les demandes émanant du patient ou de son entourage doivent obligatoirement être signées par un médecin.*

**Cachet du service adresseur**

**Demande d'admission pour :**

Hospitalisation Complète  
 Hospitalisation de Jour  
 Hospitalisation à Domicile

**Date d'admission souhaitée**(obligatoire) : | | | | | | | | |

**Coordonnées du médecin traitant :**

Nom et prénom	
Téléphone	
Adresse	

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### ETAT CIVIL

Nom

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Date de naissance

Sexe

Homme  Femme

Profession

Situation familiale

Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### COORDONNEES DU PATIENT

Adresse

Téléphone Fixe

Téléphone Portable

Adresse mail :

## VOLET COUVERTURE SANTE

N° d'assuré social (NIR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse d'affiliation

Complémentaire Santé Solidarité (Ex-CMU) Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle Oui Non

Nom de la mutuelle

Date de fin de validité | | | | | | | | | | | | | | | |

Bénéficiez-vous de l'Aide médicale d'état ? Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | | | | | | | |

Bénéficiez-vous d'un 100% ? Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | | | | | | | |

## ENTOURAGE

### Coordonnées de la personne à prévenir

*(Personne à contacter pour les formalités administratives et/ou organisationnelles pendant votre séjour.)*

Nom et prénom

Adresse

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | |

### Coordonnées de la personne de confiance

*(Personne à contacter pour avis médical dans le cas où vous ne pouvez plus faire part de votre volonté.)*

Nom et prénom

Adresse

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | |

Mesure de protection Oui Non En cours

Type de mesure Tutelle Curatelle Habilitation familiale Autre

## Coordonnées du représentant légal

Nom et prénom

Adresse

Téléphone

## LOGEMENT

Domicile personnel  Appartement

Etage  Oui  Non

Ascenseurs :  Oui  Non

Maison

Etage  Oui  Non

Institution  EHPAD

Autre

Précisez \_\_\_\_\_

## AIDE A DOMICILE

Aidants familiaux  Oui  Non

Aides à domicile  Oui  Non

Si Oui : lesquelles ? \_\_\_\_\_

## VOLET MEDICAL

Pathologie principale justifiant la demande d'admission :

Date de début de la maladie (ou de l'intervention) : | | | | | | | | |

### Antécédents et comorbidités (problèmes infectieux)

--

### Histoire de la maladie ou du traumatisme

--

## VOLET MEDICAL

### Etat clinique actuel du patient

### Objectifs de rééducation et de réadaptation

## AUTONOMIE

### Toilette :

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

### Habillage

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

### Alimentation

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

### Risque de Fausse route

- Oui
- Non

### Autonomie Vésico-sphinctérienne

- Continence
- Incontinence
- S.A.D
- Protections
- Etui pénien

### Sonde naso-gastrique

- Oui
- Non

### GPE

- Oui
- Non

### Trachéotomie

- Oui
- Non

Escarres :  Oui       Non

Protocole en cours :

### La station debout possible

- Oui
- Non

### Reprise de la marche

- Oui
- Non

### Locomotion

- Canne
- Déambulateur
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Chariot plat

### Aphasie

- Oui
- Non

### Troubles mnésiques

- Oui
- Non

### Troubles auditifs

- Oui
- Non

### Troubles du comportement/ agressivité

- Oui
- Non

### Troubles de la vision

- Oui
- Non

### Rééducation en cours

(Préciser) \_\_\_\_\_

### Autres troubles

(Préciser) \_\_\_\_\_

### Suivi psychologue en cours

- Oui
- Non



## DEVENIR ENVISAGE

Retour à domicile :

Placement en institution :

Autre :

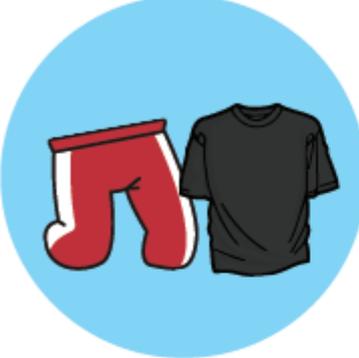
*Préciser :* \_\_\_\_\_

## Annexe 1 : Liste des affaires à ramener

PREAD 5.1 DOC 2 V0

**COS**  
FONDATION COS  
ALEXANDRE GLASBERG  
CMPR BOBIGNY

### POUR UN BON SEJOUR, JE RAMENE



**Des vêtements amples  
faciles à mettre et à  
retirer.**  
Eviter les jeans!



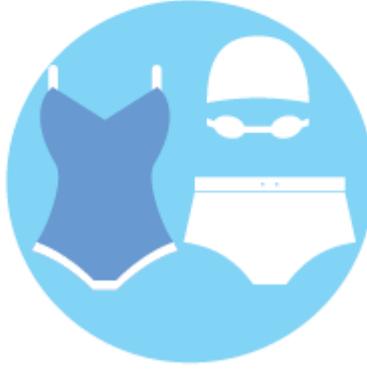
**Des serviettes**  
Au moins 3:  
1 grande pour la piscine  
et 2 petites ou moyennes  
pour la toilette.



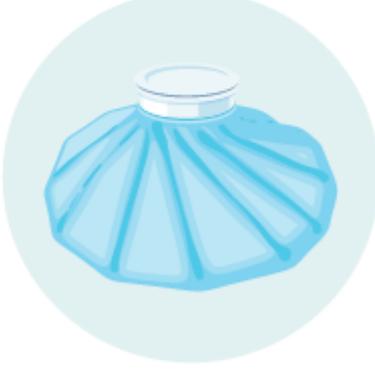
**Des chaussures de  
sports**



**Mon nécessaire de toilette**  
Savons, dentifrice, crème,  
brosse à dents, bain de bouche,  
rasoirs, protections  
hygiéniques.



**Un maillot de bain**  
En prévision de la  
balnéothérapie.



**Une vessie de glace si vous en  
avez une**  
Si non, Vous pourrez en acheter  
une à l'accueil de  
l'établissement.

## Annexe 2 : Le financement de mon séjour

### LES FRAIS D'HOSPITALISATION COMPRENDRE SA FACTURE



#### > Explications :

Le ticket modérateur sur des frais de séjour :



Forfait hospitalier pour 24h<sup>(2)</sup> :

**20€**



en hôpital  
ou en clinique



Frais de confort :



Télévision  
WIFI  
Chambre particulière  
(à la demande du patient)



x

ils peuvent être partiellement remboursés par votre mutuelle selon le contrat souscrit.