# DEMANDE D'ADMISSION EN REEDUCATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR – ANNEXE 1



**Centre COS DIVIO**
**32 Avenue de Stalingrad – 21000 DIJON**

**Dr H. ROBERT-MAALOUF – Médecin Chef, chargé des Admissions**
**Delphine DUMAS – Cadre gestionnaire de flux**
**☎ : 03.80.42.45.45**
**Fax : 03.80.41.54.73**

## Merci de FAXER cette demande au 03.80.41.54.73 - Secrétariat Médical

NOM : PRENOM :

NOM de jeune fille :
Date de Naissance :

Adresse :

**Hospitalisation complète** : ☐ **Hospitalisation de Jour** : ☐

**Situation familiale :**
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐

**Présence familiale :**
Absente ☐ Discrète ☐ Fréquente ☐

**Service demandeur :** **Date de la demande :**

**Médecin référent :** **Date d'admission souhaitée :**

**Demande établie par :**

**Téléphone :**

**Pathologie(s) actuelle(s) motivant la demande :**

**Date d'intervention :**

**Principaux traitements :**

**Principaux antécédents :**

**Conditions de vie et autonomie antérieures à l'hospitalisation :**

**Etat général :**

- ***Comportement :***
  Normal ☐ Opposition ☐ Agressivité ☐
  Agitation ☐ Autre (préciser) ☐

- ***Alimentation (régime)*** **:** OUI ☐ NON ☐
  Préciser lequel :

- ***Sphincters :***
  **URINES :** Continence ☐ SAD ☐ Etui pénien ☐ Protection ☐
  **SELLES :** Continence ☐ Incontinence ☐

- ***Escarre :*** OUI ☐ NON ☐ Si oui, type de matelas :
  **Localisation et stade :**

- ***Présence de BMR :*** OUI ☐ NON ☐
  Isolement : OUI ☐ NON ☐
  Si oui, site de l'isolement :

- ***Transfusion sanguine :*** OUI ☐ NON ☐

- ***Postures – déplacements :***
  Levé au fauteuil : OUI ☐ NON ☐
  Marche possible : OUI ☐ NON ☐
  Appui autorisé : OUI ☐ NON ☐
  Aide technique : OUI ☐ NON ☐

- ***Devenir :***
  Retour à domicile OUI ☐ NON ☐
  Retour à domicile avec aides (préciser) OUI ☐ NON ☐
  Placement (préciser)

- ***Le devenir a été vu avec :***
  Avec le patient OUI ☐ NON ☐
  Avec la famille OUI ☐ NON ☐
  Avec l'assistante sociale OUI ☐ NON ☐

- ***Informations complémentaires qui vous paraissent importantes :***

---

- ***Merci de joindre à cette demande d'admission :***
  - *Une fiche de situation administrative*
- ***Si l'admission dans notre établissement est définitive, merci de nous faire parvenir le jour de l'admission***
  - *La prescription médicale du traitement*
  - *La lettre du médecin adresseur*
  - *La fiche de liaison infirmière*
  - *Les éléments nécessaires à la suite de la prise en charge (Comptes-rendus opératoires, consignes d'appui, derniers résultats biologiques)*