DEMANDE D'ADMISSION EN REEDUCATION NEUROLOGIQUE – ANNEXE 2

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 :

Diagnostic : **Date de début :**

Principaux traitements :

Principaux antécédents :

Conditions de vie et autonomie antérieures à l'hospitalisation :

Etat général :

DEMANDE D'ADMISSION EN REEDUCATION NEUROLOGIQUE – ANNEXE 2

Déficiences :

- ***Fonctions supérieures :***
  Aphasie ☐ Syndrome frontal ☐
  Troubles de mémoire ☐ Autre (préciser) ☐

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

- ***Ventilation :***
  Spontanée ☐ Oxygène ☐ Trachéotomie ☐

- ***Alimentation : troubles de déglutition*** **:** OUI ☐ NON ☐
  Sonde NG ☐ Stomie digestive ☐
  Moulinée ☐ Mixée ☐

- ***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 ☐
  SI OUI, site de l'isolement :

- ***Postures – déplacements :***
  Levé au fauteuil OUI ☐ NON ☐
  Tient debout Sans aide ☐ Avec aide ☐ Impossible ☐
  Marche possible OUI ☐ NON ☐ Aide technique :

- ***Déficit :*** **Membre supérieur** ☐ **Membre inférieur** ☐
  Droit ☐ Gauche ☐ Bilatéral ☐
  Déficit léger ☐ Déficit modéré ☐ Déficit sévère ☐

- ***Le devenir a-t-il été envisagé ?***
  Avec le patient OUI ☐ NON ☐
  Avec la famille OUI ☐ NON ☐
  Avec l'assistante sociale OUI ☐ NON ☐

- ***Quelle perspective a été retenue ?***
  Retour à domicile OUI ☐ NON ☐
  Retour à domicile avec aides (préciser)
  Placement (préciser)

- ***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)*