

DOSSIER DE PRE-ADMISSION A RETOURNER au Centre Bouffard-Vercelli CERBERE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (à remplir en lettres capitales SVP)

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Sexe :
Date de naissance : Nationalité :
Adresse :
Code postal : Ville : E.mail :
Tel. Fixe : Portable :
Situation de famille : Célibataire : Marié(é) : Divorcé(é) : Veuf (ve) :

Activité professionnelle : oui : non : Si oui laquelle :
Ou dernier emploi exercé : En invalidité : oui : non :

Organisme principal de prise en charge : A.L.D. : oui : non :

N° d'immatriculation de l'assuré :

Mutuelle : oui : non : La prise en charge a-t-elle été demandée : oui non

Protection Juridique : oui : non : Si oui laquelle :

Coordonnées de la personne assurant cette mesure :

RENSEIGNEMENTS SUR LE SEJOUR :

Date d'entrée souhaitée :

Souhaitez vous une chambre particulière : oui : non :

Veillez apporter obligatoirement la dernière ordonnance du médecin, le dernier bilan biologique, les dernières radiographies, le dossier médical et l'attestation de la carte vitale. Apporter le traitement médicamenteux pour 48 heures ainsi que les traitements spécifiques.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A compléter obligatoirement par votre médecin.

Service ou médecin adresseur :

PATHOLOGIE :

.....
.....

.....

MOTIF DE PRISE EN CHARGE :

.....
.....
.....

Date de début de la maladie :

Y a-t-il eu intervention chirurgicale : oui : non : si oui à quelle date :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX INTERFERANTS DANS LA PRISE EN CHARGE :

Maladie contagieuse : oui : non : Si oui laquelle :
Poids : taille :

DEFICIENCES ASSOCIEES ET MATERIEL DE SUPPLEANCE :

Canule de trachéotomie : oui : non :
Ventilation assistée : oui : non : si oui par canule : masque :
Oxygénothérapie : oui : non :
Nutrition entérale : oui : non : par sonde naso gastrique : jejunostomie :
gastrostomie : nutrition parentérale :
Présence d'autres stomies : oui : non : si oui laquelle :
Hémodialyse : oui : non : si oui laquelle :
Escarre : oui : non : si oui localisation :
Déficiência sensorielle : oui : non : si oui laquelle :
Trouble de la conscience : oui : non : si oui lequel :
Troubles cognitifs : oui : non : si oui lequel :
Troubles du comportement : oui : non : si oui lequel :
Maladie psychiatrique : oui : non : si oui laquelle :

AUTONOMIE :

S'oriente seul : oui : non :
Fait sa toilette seul : oui : non :
S'habille seul : oui : non :
S'alimente seul : oui : non : Troubles de la déglutition oui : non :
Réalise ses transferts seul : oui : non :
Marche seul :
oui : non :
Se déplace seul avec une aide technique oui : non :

Si oui précisez : _____

Se déplace en fauteuil roulant : manuel : électrique : Viendra avec son fauteuil

TRAITEMENT EN COURS : (*joindre obligatoirement photocopie de la dernière ordonnance*)

Pompe à Baclofène : Pompe à Morphine :

REGIME ALIMENTAIRE : oui : non : si oui lequel :

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

Objectifs spécifiques : oui : non :

Si oui lesquels :

Bilans spécialisés : Vésico-sphinctérien : Génito-sexuel : Bilan déglutition

Douleur : Neuro-orthopédie et spasticité :

Adaptation du domicile : oui : non :

Chirurgie fonctionnelle du membre supérieur tétraplégique : oui : non :

Réinsertion professionnelle et sociale : oui : non :

Activités physiques adaptées : oui : non :

Autres :

Est-ce que le patient souhaite bénéficier d'un bilan conduite automobile adaptée (*prestation payante*):

oui : non :

A-t-il déjà le permis de conduire : oui : non :

PROJET DE SORTIE :

Retour à domicile :

Transfert vers une autre structure : oui : non : si oui laquelle :

Tampon et signature du médecin

ATTENTION !

<p>NOTE D'INFORMATION CONCERNANT VOTRE TRAITEMENT</p>
--

A votre arrivée et pour votre sécurité, nous vous demandons de remettre les médicaments en votre possession à l'infirmier de votre étage. Ils vous seront restitués à la fin de votre séjour. Votre traitement, prescrit par le médecin, vous sera remis par le service. Nous nous permettons de vous informer qu'en aucun cas vous ne devez vous auto prescrire des médicaments.

Notre établissement dispose d'un livret du médicament et des dispositifs médicaux, c'est-à-dire d'une liste de médicaments et de matériel, établie par des médecins spécialistes, des soignants et la pharmacie. Ce livret est consultable sur place.

Cela implique qu'il vous sera peut-être prescrit des équivalents à votre traitement habituel, notre établissement ne possédant pas l'ensemble des médicaments et des dispositifs médicaux existant. Cependant, en cas d'arrivée, les jours ouvrables, après 17 heures, ou les week-ends et jours fériés, afin d'éviter toute rupture thérapeutique, vous êtes priés d'apporter avec vous votre traitement.

**Docteur Michel ENJALBERT
Médecin Chef d'Etablissement**

Signature du patient :

(document à retourner au Centre de rééducation de Cerbère avec le questionnaire médical)

Afin de compléter votre dossier, nous faire parvenir les documents suivants :

- La photocopie de votre carte d'identité
- Un bulletin de situation si vous arrivez d'un autre centre hospitalier (*transfert*).
- La photocopie de la demande d'entente préalable (*l'original doit être adressé à votre caisse de sécurité sociale*) si vous arrivez de votre domicile (*ou prise en charge*), ou un certificat médical prescrivant le séjour en rééducation fonctionnelle.
- Votre carte vitale en cours de validité ainsi que de l'attestation papier,
- Votre carte de mutuelle si vous êtes affilié à une mutuelle. Nous vous conseillons de la contacter avant le début de votre séjour afin de demander une prise en charge et de connaître leurs prestations
- En cas d'accident du travail, nous fournir une photocopie du « triptyque accident du travail ».

ATTENTION ! Sans ces documents, nous ne pourrons donner suite à votre dossier.