FICHE D'ADMISSION D'AUTONOMIE AU SMR

En vue de l'admission de votre patient au SMR de la clinique des Cèdres, merci de nous transmettre ces deux pages entièrement remplies.
Nous vous contacterons pour vous informer de la suite qui sera donnée à votre demande.

Date de la demande : _____/_____/_____

Établissement demandeur : _____

Service d'origine : _____ ☎ :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Interlocuteur : _____ 🖷 :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Médecin responsable : _____

Date d'entrée souhaitée dans notre établissement : _____/_____/_____

☐ Hospitalisation de jour (HDJ) ☐ Hospitalisation complète

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : _____

☎ Domicile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : _____@_____

Organisme payeur : _____N°_____

Mutuelle complémentaire : _____N°_____

AT (Accident du Travail) : ☐ Oui ☐ Non

Chambre particulière souhaitée (si hospitalisation) : ☐ Oui ☐ Non

Motif de la demande de rééducation, diagnostic (préciser SVP le type de matériel mis à la place) et date d'intervention :

Observations cliniques :

Trousseau impératif à prévoir : des chaussures souples et fermées, des vêtements de sports ou suffisamment amples et confortables, des T-shirts, un maillot de bain et **deux** draps de bain (pour les séances de rééducation).

Ramsay Santé
Clinique des Cèdres

FICHE D'AUTONOMIE AU SMR DE LA CLINIQUE DES CÈDRES

Date : _____/_____/_____

Nom : _____ Prénom : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

_____

_____

Traitement en cours (à détailler) :

_____

_____

Autonomie personnelle :

	Autonome	**Aide partielle**	**Totale**
Alimentation	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐
Habillage : haut	☐	☐	☐
Habillage : bas	☐	☐	☐
Transferts lit/fauteuil	☐	☐	☐
Escaliers	☐	☐	☐
Locomotion	☐	☐	☐

Locomotion nécessitant : ☐ Canne(s) ☐ Cadre de marche ☐ Fauteuil roulant

Utilisation toilettes : ☐ Sonde ☐ Couche ☐ Bassin ☐ Poche de stomie

Soins cutanés :

Pansement : ☐ Oui ☐ Non

Escarre(s) : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Capacités relationnelles :

	Intactes	**Altérées**
Compréhension	☐	☐
Expression	☐	☐
Mémoire	☐	☐
Résolution des problèmes de la vie quotidienne	☐	☐

État psychique actuel :

_____

_____

Devenir envisagé : ☐ Domicile ☐ Autre (préciser) : _____

SECRÉTARIAT SMR :

Tél : 05-62-13-31-45
Fax : 05-62-13-31-02
Mail : ced-reeducation@ramsaysante.fr