

ATTENTION

- Ce document doit nous être retourné dûment complété pour la prise en compte de la demande d'admission.
- Ces informations doivent être **très précises** car elles nous permettent d'orienter au mieux votre patient en particulier l'accès à la Kinébalnéothérapie collective.

NOM : Prénoms :

Date de début de l'affection :

Diagnostic de l'affection motivant le séjour de rééducation :

Autres pathologies

.....

Statut sérologique particulier

Hépatite B

NON OUI

Hépatite C

HIV

Existe-t-il

- ☞ Des troubles de la vigilance NON OUI
- ☞ Des troubles psychiques NON OUI
- ☞ Une exotoxicose..... NON OUI
- ☞ Une incontinence urinaire..... NON OUI
- ☞ Une incontinence anale..... NON OUI
- ☞ Des escarres..... NON OUI

Le patient peut-il :

- ☞ Manger seul OUI NON
- ☞ S'habiller seul..... OUI NON
- ☞ Faire seul sa toilette OUI NON
- ☞ Se déplacer sans aide..... OUI NON

Le patient doit-il :

- ☞ Se déplacer en fauteuil NON OUI Date :
- ☞ Se déplacer avec deux cannes NON OUI Date :

Le placement revêt-il un caractère urgent ? OUI NON

Chambre particulière médicalement justifiée ? OUI NON

Préciser la période souhaitée :

Préciser la date d'appui (si besoin) :

Le patient est-il en arrêt de travail OUI NON

Si oui depuis quelle date

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET SOCIAUX

PARTIE RÉSERVÉE A L'EMPR	Réservé au Médecin-Chef Coordonnateur			
	Date :			
	D :			
	I :			
	E :			
	M :			
	U :			
	Visa :			
	<i>Réservé au Médecin d'étage</i>			
	Date :			
Visa :				
	RPO (178)	NS (179)	NL (187)	
Nb jours				
Nb séances				
	VP	VSL	ALLONGÉ	

A) Préopératoires

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Isolement social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Non compréhension des consignes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perte d'autonomie personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Domicile inaccessible (escaliers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Comorbidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Score ASA supérieur ≥ 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Soins libéraux (dont MK) éloignés ou non disponibles (4 à 5 fois par semaine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Postopératoires

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Douleur au repos > 5 (avec ou sans traitement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perte d'autonomie personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Marche ≤ 30 minutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ne peut pas monter les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Complications (anémie, fièvre, phlébothrombose, cicatrice, hématome) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |