

DEMANDE D'ADMISSION au Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle d'Albi

⑤ Cadre de vie avant hospitalisation

Domicile : En couple / chez enfant Entouré Isolé

Institution : Oui Non

Mesure de protection juridique : Oui Non

Si oui, Coordonnées du tuteur :

Médecin traitant :

Dispositifs médico-sociaux existants : Oui Non

Si oui, précisez : IDE SSIAD Aide(s) à domicile Portage des repas Télé Alarme

Prise en charge en rééducation libérale : Oui Non

Si oui, précisez : Kinésithérapie Orthophonie Ergothérapie Autre

⑥ Renseignements médicaux

Motif de la demande :

Objectifs de l'hospitalisation :

Rééducation Séjour de répit HDJ «Covid 19 long complexe»

Autre (précisez :.....)

Antécédents chirurgicaux :

**DEMANDE D'ADMISSION au
Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle d'Albi**

Antécédents médicaux :

Allergies :

Traitements médicamenteux en cours (joindre les dernières ordonnances) :

Prescription d'isolement : Oui Non

Statut vaccinal à la Covid-19

Vacciné : Oui Date 1^{er} injection :/ Date 2^{ème} injection :
Date 3^{ème} injection :
 Non

PCR obligatoire négatif de moins de 48h avant toute admission dans notre établissement (vacciné ou pas)

Informations complémentaires nécessaires à la prise en charge :

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

⑦ Niveau de dépendance

A) Ventilation :

Autonome Oxygénothérapie Trachéotomie Appareil d'aide respiratoire (VNI...)

B) Soins : Oui Non

Si oui, précisez :

Perfusion Escarre Pansement Port à cathéter

Problèmes Infectieux (BMR,BHRE..) Précisez :

**DEMANDE D'ADMISSION au
Centre Mutualiste de Rééducation Fonctionnelle d'Albi**

C) Appareillage : Oui Non
Si oui, précisez :
 Lit médicalisé Matelas anti-escarres Orthèse Prothèse Autre :

D) Capacités fonctionnelles :
- *Toilette / Habillage* Autonome Aide partielle Aide totale
- *Prise des repas* Autonome Aide partielle Aide totale
- *Mobilité / Transfert* Autonome Aide partielle Aide totale Fauteuil roulant Canne/ déambulateur
- *Alimentation normale* Oui Non
Si non, précisez Régime Texture modifiée..... Gastrostomie
- *Élimination urine* Continent Incontinent Sonde urinaire Stomie
- *Élimination fécale* Continent Incontinent Stomie

E) Déficience sensorielle : Oui Non
Si oui, précisez :
 Visuelle Auditive Autre

⑧ Trouble psychique

Oui Non
Si oui, précisez : Troubles de l'humeur Troubles cognitifs Troubles comportementaux

⑨ Conduite addictive

Oui Non
Si oui, précisez laquelle :

Si oui, précisez si elle est en cours de sevrage Oui Non

⑩ Devenir après le séjour

Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation

Dispositifs médicaux sociaux nouveaux à prévoir ou à réévaluer pour retour à domicile
 IDE SSIAD Aide(s) à domicile Portage des repas Télé Alarme
 Autre (précisez)

Des démarches ont - elles été effectuées ? Oui Non
Si oui, lesquelles

Orientation vers une institution d'hébergement adaptée
Des démarches ont - elles été effectuées ? Oui Non
Si oui, lesquelles

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE