

Demande d'admission au centre de revalidation

→ Identification du patient (en majuscules svp)

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date : / / 19 Âge : ans

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone du patient:

Téléphone du proche aidant :

→ Médecin demandeur de la revalidation

Cachet	Signature
	N° gsm
	Date

→ Type de chambre souhaitée

1 Lit (avec supplément) 2 Lits

→ Situation du/de la patient(e) (cocher les mentions exactes)

Etat civil : marié(e) - divorcé(e) - cohabitant(e) - célibataire - veuf/veuve

Domicile : maison à étage(s) - maison de plain-pied - appartement - duplex
 ascenseur - escalier intérieur - escalier extérieur - monolift

Patient(e) vivant seul(e) - en maison de repos - en séniorie
 avec conjoint(e) - avec enfant - autre

Personne de contact : Nom :

Adresse :

Téléphone / GSM : Parenté :

Revenus : Personnels - Allocation de handicap - CPAS

Administrateur de biens - Administrateur de personne

→ Vignette de mutualité :

Mutualité ou assurance (UE, OTAN,...) :

Numéro d'inscription :

Code : /

→ Aide(s) à domicile (cocher les mentions exactes)

- Aucune
- A la marche : Aucune 1 béquille 2 béquilles Rollator 2 roues
 Rollator 4 roues Fauteuil roulant Aide humaine
- Humaine : (indiquer la fréquence)
 Soins infirmiers Kinésithérapie..... Aide familiale
- Aide-ménagère Garde-malade.....h/sem Présence permanente
- AIDE DE LA FAMILLE : Ménage Courses Toilette Sorties
- Finances et administration Autres :

→ Projet social

	Retour à domicile sans aide	Retour à domicile avec aide	Placement en MR(S)	Placement en séniorie
Selon le/la patient(e)				
Selon la famille				
Selon le médecin				

Demande de placement en cours : Oui Non

Si oui, MR(S) / séniorie où une demande a été faite :

→ Motif medical de demande d'hospitalisation au crg
(Veuillez joindre les protocoles et rapports d'hospitalisations récents)

Diagnostic justifiant la demande :

Hospitalisations récentes (lieu, motif et dates) :

Description de l'état de santé **trois mois avant** la demande :

Description de l'**état actuel, au moment de la demande** et situation à domicile :

→ **Echelle de fragilité** (adaptée du Gérontopôle de Toulouse)

	Oui	Non	NSP
Patient(e) vivant seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids involontaire dans les 3 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue plus importante ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de difficultés à se mobiliser ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plainte de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ralentissement de la vitesse de marche (> 4 sec/4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à plus d'une question : Pensez-vous que ce patient est fragile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>