SSR BASSO-CAMBO
Centre de rééducation
3 rue du Doyen Lefebvre
31081 TOULOUSE Cedex 1
Tél. 05 61 76 62 35
Fax 05 61 76 62 71

HOPITAL
Joseph DUCUING
15, rue de varsovie
31076 TOULOUSE Cedex 3
Tél. 05 61 77 34 00

Demande d'admission en hospitalisation de jour

*Cette demande doit être remplie par le médecin, après avoir pris connaissance de la note d'information ci-jointe. Merci de bien vouloir renseigner **tous** les items.*

DATE DE LA DEMANDE :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Médecin adresseur (nom/adresse/Tél. ou cachet) :

Etablissement de santé ou service demandeur :

Médecin traitant (nom/adresse/Tél. ou cachet):

Nom* :

Délai souhaité d'admission* :

Prénom *:

Adresse* :

Né(e) le *:

Téléphone* :

Pathologie en ALD *: *oui* ☐ *non* ☐

Personne à joindre (téléphone)* :

PATHOLOGIE ET ETAT DU PATIENT

Pathologie principale *:
depuis le*:

Pathologies associées significatives :

Etat somatique* :

- Etat stabilisé ? *oui* ☐ *non* ☐
- Intégrité cutanée ? *oui* ☐ *non* ☐ *précisez :*
- Infection à BMR ? *oui* ☐ *précisez :* *non* ☐

Etat fonctionnel* :

- Marche : *autonome* ☐ *aide technique ou appareillage* ☐ *lequel ?*
  fauteuil roulant ☐ *avec tierce personne* ☐
- Préhension : *normale* ☐ *partielle* ☐ *impossible* ☐
- Poids du patient* :

Etat psychologique et communication* :

- Troubles cognitifs ou comportementaux ? *oui* ☐ *lesquels ?* *non* ☐
- Troubles de la compréhension ? *oui* ☐ *non* ☐
- Difficultés d'expression ? *oui* ☐ *précisez :* *non* ☐

ENVIRONNEMENT DU PATIENT *:

	oui	*non*	*sans objet*
– Habitat accessible et sécurisé ?	☐	☐	☐
– Présence d'un entourage familial ?	☐	☐	☐
– Aidants à domicile ? Lesquels ?	☐	☐	☐

– Dossiers en cours ? APA ☐ MDPH ☐ Autre ☐

OBJECTIFS MOTIVANT UNE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION DE JOUR*:

TRAITEMENTS EN COURS :

BESOINS*:

Kinésithérapie	☐	Education physique adaptée	☐
Ergothérapie	☐	Suivi social	☐
Orthophonie	☐	Appareillage ou suivi d'appareillage	☐
Soins infirmiers	☐ lesquels ?	Adaptation du domicile	☐
Suivi psychologique	☐	Réinsertion professionnelle	☐

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE REEDUCATIVE:

Le patient peut-il effectuer les soins :

- Quel que soit le moment de la journée *oui* ☐ *non* ☐ *précisez :*
- Quel que soit le jour de la semaine du lundi au vendredi *oui* ☐ *non* ☐ *précisez :*

*** Champs à remplir impérativement, pour une meilleure prise en charge future**