

DEMANDE D'ADMISSION Hôpital de jour
SMR Polyvalent et gériatrie
CENTRE DE RÉADAPTATION DE NIORT-CHAURAY
À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

MOTIF DE LA DEMANDE :

- ☐ **Prévention et PEC de la Fragilité** (prévention des chutes, maintien à domicile difficile, perte d'autonomie...)
- ☐ **Préparation et/ou suite de chirurgie orthopédique**
- ☐ **Déficit d'origine neurologique** (post-AVC de plus de 75 ans, Parkinson, lombalgie chronique, SEP...)

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Lieu de naissance : Date de naissance : | | | | | | | |

Adresse :

Code postal : | | | | | Ville :

Téléphone : | | | | | | | | Portable : | | | | | | | |

Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin généraliste ☐ Autre ☐

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : | | | | | Ville :
Téléphone : | | | | | | | |
Mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : | | | | | Ville :
Téléphone : | | | | | | | |
Mail :

PERSONNE À CONTACTER SI BESOIN

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : | | | | | Ville :
Téléphone : | | | | | | | | Portable : | | | | | | | |
Mail : Lien avec le patient :

**Centre de Réadaptation
de Niort-Chauray**

73 rue des Guillees
79180 CHAURAY
Tel : 05.49.76.70.43
Fax : 05.49.76.75.80
cnc@lifen.mssante.fr



**Centre de Réadaptation
de Niort-Chauray**
Soins médicaux et de réadaptation

DEMANDE D'ADMISSION Hôpital de jour
SMR Polyvalent et gériatrie
CENTRE DE RÉADAPTATION DE NIORT-CHAURAY
À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

DONNÉES CLINIQUES

Nom et Prénom du patient :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Problématique actuelle :

Etat psychique/cognitif actuel :

Traitement en cours (merci de joindre la dernière prescription :

MOTIF DE RÉÉDUCATION

☐ Post chute ☐ Post AVC ☐ PEC maladie chronique ☐ Préparation Chirurgie ☐ Suite Chirurgie

☐ Suite décompensation maladie aigue ☐ Autre :

PREVENTION OU PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE

☐ Trouble équilibre

☐ Isolement social

☐ Prevenir Perte Autonomie

☐ Perte de poids récente

☐ Risque de chute/chutes à répétition

☐ Troubles de la mémoire débutants

☐ Reprise Activités Physiques

☐ Autre :

POST-OPÉRATOIRE/PRÉ-OPÉRATOIRE :

Type d'intervention :

Date de l'intervention : | | | | | | | | |

Chirurgien :

Précision éventuelle :

Date souhaitée de début : | | | | | | | | |

DEMANDE D'ADMISSION Hôpital de jour
SMR Polyvalent et gériatrie
CENTRE DE RÉADAPTATION DE NIORT-CHAURAY
 À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

DÉPENDANCE

Risque de chute	☐ oui	☐ non
Troubles de la déglutition	☐ oui	☐ non
Risque d'escarres	☐ oui	☐ non
Escarre(s) constituée(s)	☐ Localisation(s):	Stade(s):
Infection aigue récente ou chronique:	☐ oui	Le(s)quel(s) ?:
	☐ non	Antibiotique(s) ?
Remarque(s) particulière(s) ou élément(s) clinique(s) important(s) à signaler:		

Autonomies (*Mettre une croix dans chaque cas*)

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Locomotion			
Alimentation			
Habillage			
Toilette			

Continent	Incontinence occasionnelle	Incontinent

	Autonome	Partielle	Impossible
Compréhension			
Orientation			
Expression			

Fonctions cognitives :

Troubles du comportement :

☐ Agitation	☐ Agressivité	☐ Errance
☐ Risque de fugue	☐ Autres	

Dépendance technique :

☐ Déambulateur	☐ Fauteuil roulant	☐ Cannes
☐ Trachéotomie		
☐ Oxygénothérapie		
☐ sonde urinaire		
☐ Stomie : Laquelle ?		
☐ Autres:		

Autre information particulière :

CACHET DU MÉDECIN :

*Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail MSS du médecin.*

**ENVOYER VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNEES CI-DESSOUS**

Coordonnées du CRNC
Tél : 05.49.76.70.43
Fax : 05.49.76.75.80
E-mail : crnc@lifen.mssante.fr