

# CENTRE MEDICAL GERMAINE REVEL

Code APE : 8610Z - Code P5PH 3 - N° SIRET : 316 251 370 00011 - N° FINESS : 69 000 1524  
707 Route de la Condamine - 69440 St Maurice sur Dargoire - Téléphone : 04 78 81 57 57 - Télécopie : 04 78 81 27 05

## FORMULAIRE D'ADMISSION

Séjour(s) antérieur(s) au CMGR :  OUI  NON

Date du dernier séjour : .. / .. / ..

### PATIENT

Mr  MME  MLLE

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Nationalité : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone du patient : .....

Numéro de téléphone de la personne à contacter : .....

Protection juridique :  Tutelle  Curatelle  Aucune

Nom et adresse du tuteur : .....

Numéro de téléphone fixe du tuteur : ..... Mobile : .....

### MEDECIN DEMANDEUR

#### SI HOSPITALISATION

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Service : ..... Tél : ..... Fax : .....

Nom du médecin demandeur : ..... Tél : ..... Fax : .....

Nom du cadre infirmier : ..... Tél : ..... Fax : .....

Nom de l'assistante sociale : ..... Tél : ..... Fax : .....

#### SI MEDECIN LIBERAL

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : ..... Fax : .....

Adresse : .....

### MOTIFS DE LA DEMANDE

#### DIAGNOSTIC

#### HISTOIRE CLINIQUE / SITUATION PROBLEME

LE PATIENT A-T-IL ETE HOSPITALISE DANS LE MOIS QUI PRECEDE CETTE DEMANDE, OU BIEN, EST-IL ACTUELLEMENT HOSPITALISE ?

OUI  NON DATE : Du .. / .. / .. AU .. / .. / ..

MOTIFS : .....

#### INTERVENTION(S) CHIRURGICALE(S) RECENTE(S), (TYPE ET DATE)



Centre géré par l'Association Germaine Revel, loi 1901, reconnue de bienfaisance  
Membre de la Ligue Française contre la Sclérose en Plaques - Adhérent de la FEHAP  
N° SIRET : 316 251 370 00011 - N° FINESS : 69 078 7338

IPP :  
N° dossier :

# Demande de séjour

Hospitalisation classique

Date entrée souhaitée \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hospitalisation de semaine

(DU LUNDI MATIN AU VENDREDI SOIR) → voir formulaire spécifique

Date entrée souhaitée \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Durée du séjour souhaitée :

1 Semaine  2 Semaines  3 Semaines  4 Semaines

## SITUATION MEDICALE ET FONCTIONNELLE

### NIVEAU D'AIDE HUMAINE REQUISE

SOINS D'HYGIENE	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Autonome
TRANSFERTS	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Autonome
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Autonome

### DEPLACEMENTS

MARCHÉ SANS AIDE TECHNIQUE  
 FAUTEUIL ROULANT MANUEL  
 FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE  
 AVEC AIDE TECHNIQUE

### FONCTION VESICALE

SONDAGES INTERMITTENTS  
 S.A.D  
 STOMIE URINAIRE

### COMMUNICATION – EXPRESSION – COMPREHENSION

PAS DE DIFFICULTES  
 DIFFICULTES

### RELATION AVEC MONDE EXTERIEUR – INTERACTION SOCIALES

PAS DE DIFFICULTES  
 DIFFICULTES

### MEDICAMENTS SPECIAUX (Ex : INTERFERON, COPOLYMER, RILUZOLE, MOTOXANTRONE...)

OUI  NON Lesquels :

### EQUIPEMENTS MEDICAUX (STOMIE, VNI...etc.)

OUI  NON Lesquels :

### ETAT CUTANE

ESCARRE  OUI  NON SIEGE :

## DONNEES SOCIO-FAMILIALES

**LIEU DE VIE :**  Domicile  Institution : Laquelle

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE** (En cours) :  OUI  NON Laquelle :

### AIDES AU DOMICILE :

<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie
<input type="checkbox"/> Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile
<input type="checkbox"/> IDE libérale	<input type="checkbox"/> Famille
<input type="checkbox"/> Centre de soins	<input type="checkbox"/> Autre pers. Rémunérée

### Coordonnées IDE ou HAD ou centre de soins :

Nom : Tél : Fax :

**DOSSIER A RENVoyer IMPERATIVEMENT AVEC LA PRESCRIPTION MEDICALE DE SEJOUR**

DATE :

CACHET-SIGNATURE :

# FORMULAIRE SPECIFIQUE HOSPITALISATION DE SEMAINE

---

## OBJECTIFS CIBLES

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES URNAIRES

- BILAN URODYNAMIQUE
- AUTOSONDAGE
- UROSTIM
- AUTRE :

---

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

---

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA FATIGUE

- PROGRAMME DE REENTRAINEMENT A L'EFFORT
- AUTRE :

---

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA SPASTICITE

---

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE  
DES TROUBLES ANO-RECTAUX

- APPRENTISSAGE IRRIGATION TRANSANALE
- AUTRE :

---

PRISE EN CHARGE NEUROPSYCHOLOGIQUE

---

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MARCHÉ ET DE L'EQUILIBRE

---

ESSAIS D'AIDES TECHNIQUES

- AIDES TECHNIQUES DE MARCHÉ
- FAUTEUIL ROULANT MANUEL
- FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE

---

PROBLEMES DE READAPTATION

- MISE EN SITUATION VIE QUOTIDIENNE
  - EVALUATION CONDUITE AUTOMOBILE
  - MISE EN SITUATION VIE PROFESSIONNELLE
-