A2LFS

DEMANDE de SEJOUR en
☐ HOSPITALISATION COMPLETE ☐ HOSPITALISATION DE JOUR
au CENTRE de REEDUCATION FONCTIONNELLE

48100 MONTRODAT
Tél. Secrétariat Médical : 04 66 49 58 10 - *Fax : 04 66 49 58 75*
mail : medicalcrf@centredemontrodat.fr
ou Cadre de Santé Soins Infirmiers : 04 66 49 58 68 - *Fax : 04 66 32 89 68*

Merci de nous adresser ces renseignements avant l'admission :

Patient (Nom-Prénom) : **Date de naissance : / /**
Adresse : **Téléphone :**

Chambre particulière demandée : **Oui ☐** **Non ☐**
Organisme de prise en charge (CPAM, MSA, RSI…) **:**

Diagnostic :

Intervention chirurgicale : Oui ☐ **Date : / /** **Non ☐**
Praticien : Dr **Provenance :**
Date d'entrée souhaitée : / / **Médecin traitant déclaré : Dr**
Autonomie antérieure à l'hospitalisation :

Situation actuelle :

☐ se déplace seul ☐ mange seul ☐ alité ☐ incontinence
☐ fauteuil roulant ☐ fait sa toilette ☐ escarres ☐ sonde à demeure
☐ utilise des cannes ☐ s'habille seul ☐ BMR ☐ transfusion sanguine
☐ oxygénothérapie ☐ VNI ☐ stomie ☐ autre
☐ Vaccination COVID 19

Besoins perturbés :

Antécédents médicaux et chirurgicaux / allergies / intolérances : Poids = Taille =

Traitement actuel :

Durée du séjour prescrite : **Demande établie par :**
Service ou Clinique : **Tél. :**
Date : / / **Cachet et signature du Médecin :**

Pour faciliter les exercices de rééducation, munissez-vous de vêtements amples et agréables à porter (type survêtements) et de chaussures confortables, avec contrefort, ayant un bon maintien et fermées par un scratch (style basket, tennis), ainsi que d'un maillot de bain pour la balnéothérapie.