

**Demande d'hospitalisation et d'un rapport de prise en charge à la sortie
au Centre de Rééducation Fonctionnelle Gériatrique**

Unité de soins de rééducation (stationnaire) Faxer au numéro : 39 94 91 20 35

Hôpital de jour de rééducation (ambulatoire) Faxer au numéro : 39 94 91 7007

Rééducation : **Neurologique** **Orthopédique** **Médecine Interne**

Nom de naissance et prénom du patient

Numéro matricule

Numéro de téléphone.....

Médecin demandeur

Etablissement /Coordonnées du Service

Date d'entrée du patient.....

Motif

But de la rééducation

Pathologie

Date du traumatismeDate d'opération

Antécédents

Evolution en cours d'hospitalisation

Troubles cognitifs (désorientation, confusion)

Mode de déplacement (aide technique, appui).....

Statut MRSA : Testé oui non Si oui date du prélèvement.....

Site du prélèvement et Résultat :

Contexte social : A REMPLIR ABSOLUMENT

Projet du patient

Personne de référence (nom et numéro de téléphone)

Statut Réseaux : oui non Demandé

Type de réseau: Help Hellef Doheem Autre :

Bénéficiaire Assurance Dépendance : non oui , depuis le
demandé, le

Date d'admission souhaitée

Date de la demande et Signature :