



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS POUR ADMISSION EN
REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE
AU CENTRE PAUL COSTE FLORET

LA DECISION D'ADMISSION NE SERA PRISE QU'AU VU DE CE QUESTIONNAIRE CORRECTEMENT
REPLI, DES DOCUMENTS DEMANDES ET EN FONCTION DES PLACES DISPONIBLES

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Adresse :
Adresse mail :
Téléphone :
Profession :
Nationalité :
Personne à prévenir :

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE (NOM, ADRESSE, N° TEL) :

N° D'IMMATRICULATION : _____ clé _____

MUTUELLE (NOM, ADRESSE, N° TEL.)

N° D'ADHERENT :

NOM DE L'ASSURE :

S'AGIT IL D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

DATE :

CHIRURGIEN OU MEDECIN :

Déjà venu : oui Non

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER VOTRE SOUHAIT :

CHAMBRE PARTICULIERE  Selon nos disponibilités le jour de votre entrée
(Un supplément de 40 € par jour est à la charge du patient ou de sa mutuelle)

CHAMBRE DOUBLE

PERIODE D'ENTREE SOUHAITEE :

A RENSEIGNER PAR VOTRE MEDECIN PRESCRIPTEUR

**AFFECTION NECESSITANT UNE
REEDUCATION SPECIALISEE**

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET
CHIRURGICAUX**

ETAT CLINIQUE ACTUEL

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS

Autonomie : oui non

Aide technique : aucune canne déambulateur fauteuil roulant

Transfert : sans aide participe aide totale

Hygiène corporelle : sans aide aide partielle aide totale

Contenance : continent incontinent sonde urinaire

hétéro sondage Auto sondage

Incontinence fécale Cystocath

Plaie : Type de plaie :
Localisation :

Matelas anti-escarre :

Avez-vous déjà été porteur de BMR ? Oui Non

Sur quel site :

Traitement antibiotique en cours :

Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans les 12 derniers mois ? Oui Non
Si oui, dans quel pays ?

Avez-vous voyagé à l'étranger ces 6 derniers mois ? Oui Non
Si oui, dans quel pays ?

Alimentation : Sans aide Avec aide PO GPE SNG

Fausses routes aux liquides Fausses routes aux solides

Mixé haché

Régime alimentaire : Normal Particulier précisez :

Etat respiratoire : R.A.S O2 Trachéotomie Autres

Comportement : orienté désorienté ralenti agité confus

agressif Fugueur aphasique troubles psychiatriques

APTE A VIVRE EN COLLECTIVITE ?

HANDICAP SENSORIEL : Non Oui précisez :

NOM, ADRESSE, TELEPHONE ET NUMERO D'IDENTIFICATION DU MEDECIN (CACHET) :

DATE :

SIGNATURE :

....., le

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DR, certifie que l'état de santé de :

* **M.....**

* **N° matricule :**

nécessite un séjour en Centre de rééducation fonctionnelle (CH Coste-Floret, 34240 Lamalou Les Bains) en hospitalisation complète pour une durée minimum d'un mois pour prise en charge rééducative de

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour servir et valoir ce que de droit.

DR