

DEMANDE D'ADMISSION

Affections de l'Appareil Locomoteur et du Système Nerveux

SERVICE DES ADMISSIONS

 **04 86 99 12 82**

 **04 92 45 34 90**

 rab.admissions.ug-pacac@ugecam.assurance-maladie.fr

Médecin adresseur 

(Coordonnées) 

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

..... 

Numéro de Sécurité Sociale et régime :

MOTIFS DE LA DEMANDE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

❖ Intervention(s) chirurgicale(s) / Date(s) :

.....

❖ Pathologie médicale :

Date du début :

Évolution actuelle :

❖ Pathologie(s) associée(s) :

Neurologique

Cardio/Pneumo

Psychiatrique.....

Autre(s)

Merci de joindre les comptes rendus des médecins spécialistes lors de la demande d'admission.

Séjour souhaité à partir de quelle période :

Chambre particulière OUI NON

55 €/jour au 1^{er} Octobre 2021 (nous adresser photocopie Carte Mutuelle)

sous réserve de disponibilité

→→TSVP

Tél. : 04.86.99.12.82.

Centre Médical Rhône-Azur – Groupe UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur- Corse

2, avenue Adrien Daurelle 05100 Briançon cedex - cmra.contact.ug-pacac@ugecam.assurance-maladie.fr

www.ugecam-pacac.fr

Etablissement certifié - HAS - V2014, labellisé Education Thérapeutique pour pathologies respiratoires chroniques

ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT LORS DE LA DEMANDE

❖ **ÉTAT INFECTIEUX :**

- Germe(s) :
- Localisation(s) :
- Traitement(s) :
- **Nécessité d'isolement :** OUI NON

❖ **PRESENCE D'ESCARRES :** OUI NON

- Localisation(s) :

❖ **DEPENDANCE :**

Compréhension	Comportement	Incontinence urinaire	Incontinence fécale
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Coopérant	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle
<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Oppositionnel	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Aucune		<input type="checkbox"/> Sonde à demeure	

	Habillage	Toilette	Alimentation	Déplacements
Autonome				
Aide partielle				
Aide totale				

Régime : **Sonde de nutrition :**

❖ **TRAITEMENTS MEDICAUX :**

❖ **ENTOURAGE FAMILIAL PRESENT :** OUI NON

❖ **BILAN SOCIAL ETABLI :** OUI NON

Nom de l'Assistante Sociale : ☎

❖ **DEVENIR A LA SORTIE DE RHONE-AZUR :** Retour à domicile Famille Placement

Date : **Signature et TAMPON:**