

**Demande de consultation MPR dans le but d'une prise en charge**  
**Hôpital de jour le Val Bleu**

Médecin adresseur : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ...../...../...../...../..... Messagerie sécurisée : .....

**Documents à joindre OBLIGATOIREMENT :**

- ✓ **Courrier explicatif du médecin adresseur motivant la demande avec objectifs**
- ✓ **Derniers courriers d'hospitalisation et consultations spécialisées**
- ✓ **Derniers Comptes rendus d'examens et d'imagerie**

**Renseignements généraux et administratifs**

NOM/ NOM de jeune fille : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ...../...../...../...../..... Mail : .....  
 Portable : ...../...../...../...../.....  
 Personne de confiance : (Nom, parenté, téléphone) :  
 .....  
 Accompagnement social : OUI NON Précisez : Nom : ..... Tél : .....

**Renseignements médicaux**

Motif de la demande de Rééducation ou Réadaptation avec objectifs :  
 .....  
 .....  
 .....  
 Antécédents pertinents ☞ Médicaux : .....  
 .....  
 .....  
 ☞ Chirurgicaux : .....  
 .....  
 .....  
 Traitement actuel : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Poids : ..... Taille : .....  
 Statut infectieux :  oui  non BMR :  oui  non  
 Présence d'escarres :  oui  non Localisation(s) : .....

Nom, Prénom du patient : .....

<b>DEPENDANCE</b>			
<i>Compréhension</i>	<i>Comportement</i>	<i>Incontinence urinaire</i>	<i>Incontinence fécale</i>
<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	

	<i>Habillage</i>	<i>Toilette</i>	<i>Alimentation</i>	<i>Déplacements</i>
Autonome				
Aide partielle				
Aide totale				

Date de la demande : ...../...../.....

Signature du médecin :

**Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.**