

**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 :

DEPENDANCE			
<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.