GROUPE HAUTS-DE-FRANCE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

*Version 25/11/2025*

**Hôpital de jour le Val Bleu**
**57 Avenue Désandrouin – CS 50479**
**59 322 Valenciennes Cedex.**
**Tel : 03-27-46-22-98 Fax : 03-27-46-85-57**
secretariat.medical-valbleu.ug-hdf@ugecam.assurance-maladie.fr
secretariat.medical-valbleu@ugecam-hdf.mssante.fr

# 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***
- ✓ ***Ordonnance en cours***

## 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

**Le patient a-t-il été hospitalisé plus de 24h à l'étranger** ? OUI NON Précisez : ……

**Motif de la demande de Rééducation ou Réadaptation avec objectifs :**
(préciser si une prise en charge en rééducation/réadaptation a déjà été réalisée ailleurs)
……
……
……
……
……
……

**Antécédents pertinents** ☞ **Médicaux :** ……
……
……
……
……

☞ **Chirurgicaux :** ……
……
……
……

CONFIDENTIEL MEDICAL



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

**Facteurs de Risques :** □ oui □ non

Si oui : □ Alcool □ Tabac □ Produits Stupéfiants □ Allergies □ autres : (préciser)
……
……

**Risque de fugue :** □ oui □ non

**Traitement actuel :** ***Joindre obligatoirement l'ordonnance en cours***

Capacité de prise autonome des médicaments □ oui □ non
Si non, préciser qui donne le traitement habituellement : ……..

**Poids :** ……. **Taille :** ……

Etat de **dénutrition** : □ oui □ non, si oui, **depuis quand ?** ……..
Quelles sont les **stratégies mises en place ?**……..

**Statut infectieux :** □ oui □ non **BHRe / BMR :** □ oui □ non

**Présence d'escarres :** □ oui □ non Localisation(s) : ……

Autre **présence de plaies :** □ oui □ non Localisation(s) : ……

| **DEPENDANCE** | | | |
|---|---|---|---|
| *Compréhension* | *Comportement* | *Incontinence urinaire* | *Incontinence fécale* |
| □ Normale<br>□ Difficile<br>□ Désorientation<br>□ Aucune | □ Coopérant<br>□ Agressif<br>□ Oppositionnel | □ Aucune<br>□ Occasionnelle<br>□ Totale<br>□ Sonde à demeure | □ Aucune<br>□ Occasionnelle<br>□ Totale |

| | *Habillage* | *Toilette* | *Alimentation* | *Déplacements* |
|---|---|---|---|---|
| Autonome | | | | |
| Aide partielle | | | | |
| Aide totale | | | | |

Préciser si difficultés particulières (mémoire, attention, marche, équilibre, déglutition, …):
……
……
……
……

Date de la demande : ……../……../……

Signature + cachet du médecin :

CONFIDENTIEL MEDICAL



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