

CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A DOMICILE DE REEDUCATION

Tél. : 01.64.42.19.48

Fax : 01.64.42.19.49

Courriel : coubert.secretariathad@ugecam.assurance-maladie.fr

<p style="text-align: center;"><u>PATIENT CANDIDAT</u></p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p>Tél : Port : Personne de confiance : N° SS :</p>	<p style="text-align: center;"><u>MEDECIN DEMANDEUR</u></p> <p>Nom : Etablissement : Service :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél : Fax :</p>
<p style="text-align: center;"><u>DIAGNOSTIC-DEFICIENCES</u> <i>(joindre documents à la demande)</i></p> <p><u>Pathologie :</u></p> <p>CRO : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CRH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> VAD faite: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Antécédents :</u> (joindre traitements en cours)</p> <p>PEC social débutée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Bilan Neuropsychologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Bilan orthophonique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres Bilans : Suivi libéral antérieur : IDE <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> ortho <input type="checkbox"/> Présence familiale ou autre : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser :</p> <p><u>Degré de dépendance :</u> (joindre grille d'évaluation) Besoin d'aide : habillage <input type="checkbox"/> toilette <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Déplacements :</p> <p><u>Actes en cours :</u></p> <p>IDE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aide-Soignant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Kinésithérapie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ergothérapie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Psychomot : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Orthophonie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ass. Sociale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p style="text-align: center;"><u>PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE</u> (succinct)</p> <p><u>Date demandée pour entrée en HAD-R :</u></p> <p><u>Objectifs de la prise en charge :</u></p> <p><u>Actes à prévoir :</u></p> <p>IDE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aide-Soignant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Kinésithérapie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ergothérapie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Psychomot : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Orthophonie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ass. Sociale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Neuropsychy : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><u>Durée proposée en HAD-R :</u></p>
	<p><u>Date de la demande:</u></p> <p><u>Signature :</u></p>

Tél. : 01 64 42 21 09

Fax : 01 64 42 20 00

CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT - Groupe UGECAM Ile-de-France

D96 - Route de Liverdy 77170 Coubert

www.ugecamidf.fr