

CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT

DEMANDE D'ADMISSION

Médecine Physique et Réadaptation

Département gérontologique

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

COORDONNEES DU DEMANDEUR :

Hôpital : Service :

- Médecin ☎ Fax :
- Assistant(e) de Service Social ☎ Fax :
- Service de soins ☎ Fax :

Le patient informé du type d'établissement : oui non

MEDECIN TRAITANT (nom et adresse) :

Rehospitalisation possible dans le service en cas de difficulté :
Médicale : oui non Sociale : oui non

ETAT CIVIL (en fonction de la situation, joindre une copie de la carte d'identité, de la carte de séjour, du passeport)

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale

Nationalité : Profession :

Adresse :

Téléphone :

COUVERTURE SOCIALE (joindre la copie de l'attestation vitale et complémentaire santé)

60% 100% 100% en cours AT/MP Date : ou ALD

N° de sécurité sociale :

Adresse du centre :

Complémentaire santé : oui non

Si oui : Prise en charge du forfait journalier : oui non -

Conditions (durée, montant) :

MODE DE VIE :

Seul Avec conjoint Avec enfant Chez un parent Maison de retraite Foyer
logement

Autres (précisez :)

COORDONNEES :

Conjoint :

Enfants :

Autres personnes proches :

AIDES DEJA MOBILISEES :

Aide-ménagère Infirmière Garde malade Téléalarme Portage des repas

Famille / voisins / amis Autres :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (joindre notification)

Non Oui En cours

Si oui, précisez : Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

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

Siret 423 868 835 00111 - APE 861 OZ - Finess 77 070 001 1

www.ugecamidf.fr

AUTONOMIE - DEPENDANCE

MOBILITE

- Marche sans aide (ou avec canne)
Marche avec déambulateur ou 2 cannes
Marche uniquement avec tierce personne
Se déplace seul en fauteuil roulant
Ne se déplace pas

ELIMINATION

	Continence normale	Incontinence diurne	Incontinence nocturne	Continent si mené au W	Sonde	Stomie
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Seul	A stimuler	Aide partielle	Aide totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT

- Normal Agressivité Agitation Fugues Cris Dépression

FONCTIONS COGNITIVES

- Normales Désorientation temporo-spatiale Troubles mnésiques Troubles du langage

HANDICAPS SENSORIELS

- Aucun Surdité Cécité

(si oui, détailler le niveau de handicap)

DEVENIR ENVISAGE

- Retour   la structure d'origine
 Retour avec mises en place d'aides   domicile
 Institutionnalisation (maison de retraite, foyer logement, etc...)
 Autres

Démarches entreprises :

.....
.....
.....