

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 :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél :</p> <p>Port :</p> <p>Personne de confiance :</p> <p>N° SS :</p>	<p style="text-align: center;"><u>MEDECIN DEMANDEUR</u></p> <p>Nom :</p> <p>Etablissement :</p> <p>Service :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél :</p> <p>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"/></p> <p>CRH : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>Bilan Neuropsychologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bilan orthophonique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres Bilans :</p> <p>Suivi libéral antérieur : IDE <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> ortho <input type="checkbox"/></p> <p>Présence familiale ou autre : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser :</p> <p><u>Degré de dépendance :</u> (joindre grille d'évaluation)</p> <p>Besoin d'aide : habillage <input type="checkbox"/> toilette <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/></p> <p>Déplacements :</p> <p><u>Actes en cours :</u></p> <p>IDE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Aide-Soignant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Kinésithérapie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Ergothérapie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Psychomot : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Orthophonie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Ass. Sociale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>Aide-Soignant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Kinésithérapie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Ergothérapie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Psychomot : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Orthophonie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Ass. Sociale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Neuropsychy : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>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

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