



<p><i>Etiquette</i></p> <p>Bénéficiaire</p> <p>Nom/Prénom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Matricule : _____</p> <p>Adresse : _____</p>	<p>Personne de contact : (bénéficiaire/famille/connaissance...)</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Lien : _____</p> <p>Motif de la demande :</p> <p><input type="checkbox"/> Cure de convalescence (post hospitalisation)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit de vacances (dates souhaitées: _____)</p> <p>Assurance dépendance : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> PPCH</p>
---	---

A remplir par le médecin

Provenance du patient lors de l'admission au Centre de Convalescence

- Domicile
- Hôpital : _____ Service + téléphone : _____
- Hospitalisation depuis le : _____

Informations médicales minimales

Pathologies/Diagnostics finaux + code ICD :

Antécédents importants + code ICD :

Traitement médicamenteux actuel (si possible veuillez annexer le relevé) :

Maladies infectieuses et nosocomiales : Non Oui Si oui, veuillez spécifier : _____

Germe résistant/nécessitant un isolement : Non Oui Si oui, veuillez spécifier : _____

Plaie/Plaie complexe/Gastrostomie/Trachéotomie: Non Oui Si oui, veuillez spécifier : _____

Autonomie physique : Oui Non

Remarque : Si patient a besoin d'un oxygène il faut qu'il vienne avec son appareil personnel.

Etat psychique :

Agressivité: Oui Non Désorientation: Oui Non Score MMS : _____

Risque de fugue: Oui Non Confusion: Oui Non

Dépendances (alcool, drogue...): Non Si oui, veuillez spécifier : _____

Projet après le séjour au Centre de Convalescence:

- Retour à domicile
- Demande de placement en cours. Si oui, veuillez préciser à quel(s) endroit(s) : _____

Nom du médecin (cachet et signature) : _____

Papiers à fournir dès que possible et au plus tard lors de l'admission au Centre de Convalescence :

1. Rapport médical (copie à envoyer à la CNS)
2. Ordonnance médicale pour la cure de convalescence (original à envoyer à la CNS)
3. Ordonnance médicale reprenant le traitement médicamenteux
4. Copie du plan de prise en charge de l'assurance dépendance (obligatoire pour les lits de vacance)

Si suivi social, nom et numéro de téléphone de l'assistante sociale : _____