

*Etiquette*

**Bénéficiaire**

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Personne de contact :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Motif de la demande :

Cure de convalescence (post hospitalisation)

Lit de vacances/Lit de soins

Assurance dépendance :

NON /  Demande en cours /  PPCH

**A remplir par le médecin**  
(obligatoire pour les cures de convalescence)

**Provenance du patient**

Domicile

Hôpital : \_\_\_\_\_ Service + téléphone : \_\_\_\_\_

Hospitalisation depuis le : \_\_\_\_\_

**Informations médicales minimales**

Diagnostics finaux + code ICD :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents importants + code ICD :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement médicamenteux actuel (si possible veuillez annexer le relevé)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autonomie psychique :  Oui  Non

Maladies infectieuses et nosocomiales :  Non Si oui, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

Nom du médecin (cachet et signature) : \_\_\_\_\_

**Papiers à fournir lors de l'admission au Centre de Convalescence Emile Mayrisch :**

1. Rapport médical
2. Ordonnance médicale pour la cure de convalescence
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 et de soins)

**Avenir :**

- Retour à domicile prévu  Période de réflexion (plus de trois semaines)
- Demande de placement en cours : \_\_\_\_\_

Nom et numéro de téléphone de l'assistante sociale : \_\_\_\_\_

*Réservé à l'administration du Centre de Convalescence :*

Accord \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_ Chambre : \_\_\_\_\_

Séjour du \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

**Centre de Convalescence Emile Mayrisch**

Château de Colpach – 1, rue d'Eil – L-8527 Colpach-Bas  
T : 27 55-4300 – F : 27 55-4301