

# HOPITAL LEON BERARD

REHABILITATION SPECIALISEE - SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION  
AVENUE DU DOCTEUR MARCEL ARMANET - CS 10121 - 83418 HYERES CEDEX - T. 04 94 38 05 05

## > DEMANDE D'ADMISSION

(A adresser au Secrétariat Médical du Bureau des Admissions)

### BUREAU DES ADMISSIONS

 04 94 38 00 10

 [admissions@leonberard.com](mailto:admissions@leonberard.com)

REHABILITATION BRULES & LOCOMOTEUR  
REHABILITATION CARDIAQUE



04 94 38 05 06

REHABILITATION LOCOMOTEUR & TRAUMATOLOGIE  
REHABILITATION NEUROLOGIQUE  
REHABILITATION VASCULAIRE & LOCOMOTEUR



04 94 38 05 08

**DEMANDE D'ADMISSION ETABLIE LE :** .....

**DATE DE RECEPTION** (à remplir par HLB) : .....

#### DEMANDEUR :

Etablissement : ..... Service : .....

Médecin demandeur : .....  .....  .....

Autre demandeur : .....  .....  .....

#### PATIENT :

Nom : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à ..... Age : ..... ans Sexe : M  F

Adresse : .....

**Téléphone :** ..... **Adresse électronique :** .....

Nationalité ..... Profession : .....

**DATE D'ENTREE SOUHAITEE :** .....

## INFORMATIONS MEDICALES ET PARA-MEDICALES

**DERNIERE PERIODE D'HOSPITALISATION :** Du ..... au .....

**ETABLISSEMENT / SERVICE :** .....

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET DIAGNOSTICS ASSOCIES** (préciser la date de début de l'affection / si intervention(s) chirurgicale(s), préciser la date et la nature du (des) gestes) : .....

**TRAITEMENTS EN COURS :** .....

**CONSIGNES EVENTUELLES** (exemple, délai d'appui pour les opérés des membres inférieurs) : .....

**ETAT GENERAL :** ..... Poids : ..... kg Taille : ..... m

#### BILAN INFECTIEUX :

Si le patient est infecté, origine de l'infection : urinaire  respiratoire  autre

Si identification de bactéries multi-résistantes : urinaire  respiratoire  autre

Germe : .....

Mesure d'isolement : oui  non

#### SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX :

Sonde gastrique  Sonde urinaire  Stomie  Préciser : .....

Trachéotomie  Aspiration  O<sub>2</sub> : ..... l/mn

Pansements  Escarres  Matelas anti-escarres

**REGIME ALIMENTAIRE :** .....

Texture : normale  hachée  mixée

**OBSERVATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE :** .....

**AUTONOMIE :**

<b>TROUBLES DE LA VIGILANCE</b>		coma stade II- III <b>3</b>	coma vigil <b>2</b>	vigilance normale <b>1</b>
<b>COMPORTEMENT</b>	agressif opposant <b>4</b>	DTS <b>3</b>	troubles mineurs ou inconstants <b>2</b>	normal <b>1</b>
<b>CONTINENCE URINAIRE CONTINENCE ANALE</b>	non non <b>4</b>	non oui <b>3</b>	oui non <b>2</b>	oui oui <b>1</b>
<b>TOILETTE</b>	aide complète <b>4</b>	aide partielle <b>3</b>	installation <b>2</b>	autonomie <b>1</b>
<b>ALIMENTATION</b>	aide complète <b>4</b>	aide partielle <b>3</b>	installation <b>2</b>	autonomie <b>1</b>
<b>DEPLACEMENTS TRANSFERTS</b>	aide complète <b>4</b>	aide humaine <b>3</b>	aide matérielle <b>2</b>	autonomie <b>1</b>

**TOTAL :**

SIGNATURE DU MEDECIN :

SIGNATURE DE L'INFIRMIER(E) OU DU CADRE INFIRMIER :

## AUTRES INFORMATIONS

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Lien : .....  .....

Nom : ..... Lien : .....  .....

**MEDECIN-TRAITANT** (à renseigner par le patient s'il le souhaite) :

Nom : ..... Ville : .....  .....

**SITUATION DE FAMILLE :** vit seul  avec conjoint  en milieu familial  en structure collective

**MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE :** aucune  sauvegarde  curatelle  tutelle   
mise en place  en cours

**SECURITE SOCIALE :**

Nom de l'assuré : ..... Prénom : .....

Numéro d'immatriculation : .....

Caisse : ..... Ville : .....

Qualité du bénéficiaire : assuré  conjoint  enfant  personne vivant maritalement avec l'assuré  autre

**DEVENIR ENVISAGE :** Retour à domicile envisagé : oui  non

Si oui, l'entourage peut-il assurer ce projet ? oui  non

**DEMARCHES SOCIALES EN COURS :** .....

**AUTRES ETABLISSEMENTS SOLLICITES :** .....

**ENGAGEMENT DU SERVICE-ENVOYEUR :**

- Pour les patients en provenance d'un établissement, le service-envoyeur s'engage à reprendre le patient en cas d'aggravation médicale.

SIGNATURE DU MEDECIN :

**ENGAGEMENT DU PATIENT :**

- à se conformer aux indications précisées dans le livret d'accueil de l'établissement,
- à pourvoir au règlement des frais de séjour pour la part non prise en charge par l'organisme d'assurance-maladie.

SIGNATURE DU PATIENT :

**DECISION MEDICALE** (cadre réservé HLB) :

Accepté

Refusé

Reporté