

Le présent document **DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN MEDECIN.**

Une fois complété, il est à retourner par voie postale, par fax ou en mains propres à l'adresse suivante :

**Secrétariat des préadmissions
Centre de médecine physique
Et de réadaptation de Bobigny
359 avenue Paul Vaillant couturier
93000 BOBIGNY
Fax : 01 43 93 26 14**

Ou par voie électronique à l'adresse : admissioncmpr@fondationcos.org

Pièces administratives à fournir

- Photocopie de la pièce d'identité ou du titre de séjour
- Photocopie de la carte vitale ou de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte de mutuelle ou de l'attestation de mutuelle
- Photocopies des compte-rendu opératoires
- Photocopies des compte-rendu de consultation
- Photocopies des comptes rendu d'hospitalisation

Merci de ne pas joindre les originaux des compte-rendu médicaux, d'ordonnances et d'imagerie médicale. Le Centre ne sera pas tenu responsable en cas de perte.

Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais, et fera l'objet d'une réponse écrite.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Date de remplissage : | | | | | | | | |

Qualité du demandeur :

Médecin Traitant Service Hospitalier Patient Entourage

Les demandes émanant du patient ou de son entourage doivent obligatoirement être signées par un médecin.

Cachet du service adresseur

Demande d'admission pour :

Hospitalisation Complète
 Hospitalisation de Jour
 Hospitalisation à Domicile

Date d'admission souhaitée(obligatoire) : | | | | | | | | |

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et prénom	
Téléphone	
Adresse	

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ETAT CIVIL

Nom

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Date de naissance

Sexe

Homme Femme

Profession

Situation familiale

Célibataire Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

COORDONNEES DU PATIENT

Adresse

Téléphone Fixe

Téléphone Portable

Adresse mail :

VOLET COUVERTURE SANTE

N° d'assuré social (NIR) | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse d'affiliation

Complémentaire Santé Solidarité (Ex-CMU) Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | |

Mutuelle Oui Non Nom de la mutuelle

Date de fin de validité | | | | | | | | | |

Bénéficiez-vous de l'Aide médicale d'état ? Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | |

Bénéficiez-vous d'un 100% ? Oui Non

Date de fin de validité | | | | | | | | | |

ENTOURAGE

Coordonnées de la personne à prévenir

(Personne à contacter pour les formalités administratives et/ou organisationnelles pendant votre séjour.)

Nom et prénom

Adresse

Téléphone | | | | | | | | | |

Coordonnées de la personne de confiance

(Personne à contacter pour avis médical dans le cas où vous ne pouvez plus faire part de votre volonté.)

Nom et prénom

Adresse

Téléphone | | | | | | | | | |

Mesure de protection Oui Non En cours

Type de mesure Tutelle Curatelle Habilitation familiale Autre

Coordonnées du représentant légal

Nom et prénom

Adresse

Téléphone

LOGEMENT

Domicile personnel Appartement

Etage Oui Non

Ascenseurs : Oui Non

Maison

Etage Oui Non

Institution EHPAD

Autre

Précisez _____

AIDE A DOMICILE

Aidants familiaux Oui Non

Aides à domicile Oui Non

Si Oui : lesquelles ? _____

VOLET MEDICAL

Etat clinique actuel du patient

Objectifs de rééducation et de réadaptation

AUTONOMIE

Toilette :

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

Habillage

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

Alimentation

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

Risque de Fausse route

- Oui
- Non

Autonomie Vésico-sphinctérienne

- Continence
- Incontinence
- S.A.D
- Protections
- Etui pénien

Sonde naso-gastrique

- Oui
- Non

GPE

- Oui
- Non

Trachéotomie

- Oui
- Non

Escarres : Oui Non

Protocole en cours :

La station debout possible

- Oui
- Non

Reprise de la marche

- Oui
- Non

Locomotion

- Canne
- Déambulateur
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Chariot plat

Aphasie

- Oui
- Non

Troubles mnésiques

- Oui
- Non

Troubles auditifs

- Oui
- Non

Troubles du comportement/ agressivité

- Oui
- Non

Troubles de la vision

- Oui
- Non

Rééducation en cours

(Préciser) _____

Autres troubles

(Préciser) _____

Suivi psychologue en cours

- Oui
- Non

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

TRAITEMENT EN COURS (OU PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE)

Nom et prénom du patient _____

Date de naissance: | | | | | | | | | |

(A remplir/ Nom et Prénom/ cette dernière page est destinée à la pharmacie du CMPR).
 A joindre obligatoirement la photocopie de l'ordonnance du système informatique du traitement complet en cours, document destiné à la pharmacie du CMPR pour validation au moins
24H avant l'admission au CMPR

A transmettre par le secrétariat du COS au numéro de fax : **01.43.93.38.70**
 ou par email : **pchirache@fondationcos.org** et **cnguyen@fondationcos.org**

A préciser le téléphone de la PUI de l'établissement en cas de besoin de dépannage et/ou renseignement sur les médicaments de l'entrant, Tél : _____

Traitement principal (Dosage précis)	Posologie exacte			Commentaires Date d'arrêt, TTT sous ATU/ TTT particulier et/ou ATB à fournir en attendant le relai par la PUI
	Matin	Midi	Soir	

DEVENIR ENVISAGE

Retour à domicile :

Placement en institution :

Autre :

Préciser : _____

Annexe 1 : Liste des affaires à ramener

PREAD 5.1 DOC 2 V0

COS
FONDATION COS
ALEXANDRE GLASBERG
CMPR BOBIGNY

POUR UN BON SEJOUR, JE RAMENE



Des vêtements amples faciles à mettre et à retirer.
Eviter les jeans!



Des serviettes
Au moins 3:
1 grande pour la piscine
et 2 petites ou moyennes pour la toilette.



Des chaussures de sports



Mon nécessaire de toilette
Savons, dentifrice, crème, brosse à dents, bain de bouche, rasoirs, protections hygiéniques.



Un maillot de bain
En prévision de la balnéothérapie.



Une vessie de glace si vous en avez une
Si non, Vous pourrez en acheter une à l'accueil de l'établissement.

Annexe 2 : Le financement de mon séjour

LES FRAIS D'HOSPITALISATION COMPRENDRE SA FACTURE



> Explications :

Le ticket modérateur sur des frais de séjour :



Forfait hospitalier pour 24h⁽²⁾ :

20€



en hôpital
ou en clinique



Frais de confort :



Télévision
WIFI
Chambre particulière
(à la demande du patient)



x

ils peuvent être partiellement remboursés par votre mutuelle selon le contrat souscrit.