

Nom :	
Prénom :	
Age :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	

**Formulaire de Demande**  
 Evaluation  d'Admission  
 Fax 02.62.42.89.88

**Médecin demandeur :** \_\_\_\_\_

**Date d'admission souhaitée** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Renseignements administratifs sur le patient**

Adresse du domicile :	Tel :
Personne à prévenir :	Tel :

**Devenir**

**Vit seul**  Oui  Non \_\_\_\_\_ **Retour lieu de vie envisageable**  Oui  Non  
**Demande de placement en cours**  Non  Oui \_\_\_\_\_

**Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles**

Appui Autorisé  Déficit :  
**Date de l'intervention chirurgicale** / /

**Problématique actuelle / Objectifs Rééducatifs**

**Hôpital de JOUR**  
 **Hospitalisation complète**

**Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques**

HTA  Diabète  AVC  Dénutrition  Tabac  Alcool  Conduites addictives  Actif  Sevré

**Capacités fonctionnelles**

**Troubles de l'humeur :**

**Déplacements :**

**Troubles cognitifs :**

**Transferts :**

**Troubles du comportement :**

**Faire sa toilette :**

Traitement en cours

**Alimentation :**

**Communication :**
