

Chaque demande d'admission va être traitée par les médecins spécialistes de Médecine physique et rééducation (MPR) du CHdN en fonction de critères médicaux et socio-familiaux. La durée de séjour est définie par le médecin spécialiste MPR en fonction des pathologies principales et secondaires, l'évolution médicale et du projet thérapeutique.

Hôpital d'origine

Service d'hospitalisation et no. tél. de contact _____
Médecin demandeur et no. tél. de contact _____
Date de la demande _____
Type de rééducation : Hospitalisation complète
 Rééducation ambulatoire, à partir de la date souhaitée _____

Données personnelles du patient

Nom et prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
Téléphone	_____	Matricule	_____
Etat socio-familial	_____	Personne de contact	_____

Information médicale

Pathologie principale (avec la date de l'hospitalisation initiale, date d'opération / d'accident et d'autres informations primordiales – traitement spécial, réanimation, dialyse etc.) :

Pathologies secondaires

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Traitement médical

Restrictions pour la mobilisation

- articulation
- passive
- active

Restrictions spécifiques

- non
- oui, précisez _____ pendant une période de _____
- atelles / aides techniques _____ période précise _____

Etat actuel du patient

Etat cognitif et comportement

- normal
- désorientation
- agitation
- dépression
- prostration

Soins d'hygiène

- indépendant
- aide partielle
- aide totale

Aide technique

- non
- canne
- déambulateur
- chaise roulante

Consultation ou examen déjà planifié

Date _____

Heure _____

Lieu _____

Elimination urinaire

- continence
- incontinence
- sonde vésicale
- Cystofix

Besoin d'oxygénothérapie

- non
- oui _____ l/min

Perfusion

- non
- voie veineuse
- cathéter central veineux
- autres _____

Mobilité / transfert

- autonome
- aide partielle
- aide totale

Communication

- normale
- aphasie
- cécité
- surdité
- autres _____

Appui autorisé

- total
- partiel _____ kg
- sans appui, pendant une période précise

Restrictions pour la mobilisation

- articulation
- passive
- active

Alimentation

- normale
- fausse route
- PEG ou sonde naso-gastrique

Elimination fécale

- continence
- incontinence
- stomie

Plaies / décubitus

- non
- oui (localisation/traitement)

Anticoagulation

- non
- oui, par médicaments (dosage) _____
- pendant combien de temps _____

Isolement

- non
- oui – germe (localisation) _____

Examen clinique / Remarques

Attention : Les résultats du Frotti rectal MDRO/ et du Frottis MRSA (3 sites) sont obligatoires (effectués maximum 1 mois avant la date de transfert). Chaque patient doit avoir un compte-rendu d'hospitalisation et l'ordonnance médicale avec les médicaments pour la date de transfert. **Merci de nous adresser cette fiche au bureau de coordination du service de r education gériatrique au CHdN   Wiltz par courrier interne et email. Téléphone de contact 8166-9-61213, courrier interne ou email interne : rginfo@chdn.lu**