

PATIENT ELIGIBLE POUR REHABILITATION en S.S.R.

DONNEES ADMINISTRATIVES Nom:

LE PATIENT	HOMME	FEMME	<u>AGE et/ou D.d.N.</u>	
Situation Familiale	<u>Conjoint</u>	<u>Enfants</u>	<u>Proches</u>	<u>Autres</u>
Aidant OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Situation sociale	VIT SEUL oui /non	Masion/ appartement	DOMICILE Adapté	
			OUI / NON sinon pourquoi?	
Aide à la maison	oui /non	si oui comment?		
Département domicile		<u>Adresse</u>		
Coordonnées	Téléphone:			
<u>Date entrée souhaitée</u>	Mode de P.E.C.		HOPITAL DE JOUR	
			HOSPIT Complète	

DONNEES MEDICALES

Diagnostic Principal				
Antécédents Médicaux (à prendre en compte pour réhabilitation pneumo)				
Antécédents Chirurgicaux (à prendre en compte pour réhabilitation pneumo)				
Histoire Maladie				
MOTIVATION du PATIENT : FAIBLE MODEREE FORTE				
Bilan Pneumo	EFR	Test EFFORT	Test MARCHÉ	Gaz SANG
<u>Fait</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
<u>A Faire</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
<u>O²</u>	<u>Permanent</u>	OUI / NON	<u>Intermittent</u>	OUI / NON
INFECTION ??				
AUTRES BILANS	CARDIO	O.R.L.	NEURO	COGNITIF
<u>Fait</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
<u>A Faire</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Para-clinique	<u>Dietetique</u>	<u>Psychologue</u>	<u>Kiné</u>	<u>Etat Cutané</u>
<u>Fait</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	
<u>A Faire</u>	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	
DEPENDANCE	<u>Transferts seul</u>	<u>Marche Seul</u>	<u>Etage</u>	<u>Toilette</u>
OUI				
PARTIEL				
NON				