



CENTRE DE  
RÉÉDUCATION  
FONCTIONNELLE  
Salies de Béarn

## FICHE DE PRÉ ADMISSION AFFECTION DU SYSTEME NERVEUX

Toute demande d'admission est étudiée par les médecins rééducateurs en fonction de critères médicaux et socio-environnementaux, conformément aux exigences réglementaires en vigueur.

La durée de séjour est définie par le médecin rééducateur du CRF de Salies de Béarn.

En cas de réponse négative, vous pouvez contacter le médecin chef pour discuter du dossier.

ADMISSION SOUHAITÉE LE.....

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

MOTIF D'ADMISSION :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Téléphone du patient :

Adresse mail du patient ou d'un aidant le cas échéant :

### Informations médicales

Date AVC ou autres accidents :

Affection neurologique:

Score NIHSS à l'entrée dans le service:

Score de Barthel à l'admission:

Récupération dans les 7 jours:  OUI  NON

Score de Barthel à 7 jours:

<b>Toilette / habillage</b>	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale		
<b>Mobilité /Transfert</b>	<input type="checkbox"/> Valide	<input type="checkbox"/> Station assise > à 1 heure	<input type="checkbox"/> Avec aide		
<b>Aide technique</b>	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant		
<b>Comportement</b>	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue	<input type="checkbox"/> Prostration	<input type="checkbox"/> Déambulation	<input type="checkbox"/> Agressivité

<b>Troubles cognitifs</b>	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> Cohérent	<input type="checkbox"/> Héminégligence
<b>Prise des repas</b>	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Fausse route	<input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Dénutrition
<b>Elimination urine</b>	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Stomie
<b>Elimination selles</b>	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Stomie
<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oxygène
<b>Communication</b>	<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Surdité	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Appareillage, lequel ?
<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> B.M.R.	<input type="checkbox"/> Plaies	<input type="checkbox"/> Escarre(s)
<b>Soins techniques</b>	<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Port � cath	<input type="checkbox"/> Pansements <input type="checkbox"/> Autre:

**Observations diverses :**

Projet thérapeutique et devenir   la sortie du SSR

**Merci de nous adresser cette fiche de pré-admission**

Par courrier : Service des admissions

Centre de R ducation fonctionnelle de Salies de Béarn – Service des admissions

3 boulevard Saint Guily

64270 SALIES DE BEARN

Par fax : 05 59 65 54 09

