

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

Nom de naissance : Nom utilisé :
Prénom : Né(e) le :

**REEDUCATION READAPTATION ET
MEDECINE**

MPR Amputés-Brûlés-Rachis

Dr M. BAUDRY
Dr E. ELIE
Dr M. ROLLAND

Cardio-vasculaire

Dr B. HELLEU
Dr A. PIMOR
Dr C. RICHARD

MPR Neurologie

Dr P. COIGNARD
Dr C. DIOT
Dr T. HONORE
Dr F. JUHEL
Dr S. LEPLAIDEUR
Dr M. LUMEAU
Dr A. NEIS

MPR Médullaire

Dr L. CHOCHINA
Dr V. LE CORFEC
Dr L. MATHIEU
Dr S. MATHIEU

MPR Orthopédie-Rhumatologie

Traumatologie

Dr T. JULIENNE
Dr N. KERJEAN
Dr A. ROUSSET

MPR Enfants-Adolescents

Dr P. ANDRE-POYAUD
Dr M. CREUSAT
Dr C. HALL
Dr H. LE TALLEC
Dr H. SAUDREAU BOTHOREL

SMR Polyvalent

Dr L. GERBAUD
Dr P. GIL
Dr G. LECHEVREL

**SERVICE DE READAPTATION SOCIALE
ET PROFESSIONNELLE**

Dr N. KERJEAN
Dr C. PALAYER

Diagnostic

Objectifs du séjour

- ☐ hospitalisation complète
☐ hospitalisation de jour

Durée de séjour souhaitée
Admission souhaitée le : / /

Adressé par

Médecin traitant

Scolarité

(pour les demandes du secteur pédiatrique)

Classe :
Langues :
Etablissement :

Activité professionnelle

- ☐ Profession :
☐ Sans emploi
☐ Retraité
☐ En étude / formation

SERVICE DES ADMISSIONS : Mail : kerpape.admissions@vyv3.mssante.fr
Amputé / Brûlé / Rachis / Médullaire : 02.97.82.62.40
Pédiatrie / Neurologie: 02.97.82.62.41
Orthopédie / Rhumatologie / Traumatologie / Cardiologie : 02.97.82.62.42
SECTEUR SMR POLYVALENT : IDE coordinatrice : 02.97.78.23.62

Historique de la maladie et tableau clinique	Date du début des troubles :

Antécédents médicaux et chirurgicaux	

Autonomie				
MOTRICITE	ELIMINATION	ALIMENTATION	COMPORTEMENT	HYGIENE
<input type="checkbox"/> marche seul <input type="checkbox"/> marche avec aide <input type="checkbox"/> se lève seul <input type="checkbox"/> s'assoit seul <input type="checkbox"/> circule en fauteuil <input type="checkbox"/> alité <input type="checkbox"/> appui autorisé	<input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence anale <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> colostomie	<input type="checkbox"/> mange seul <input type="checkbox"/> mange avec aide <input type="checkbox"/> gavage	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> perturbé <input type="checkbox"/> désorienté <input type="checkbox"/> agité	<input type="checkbox"/> fait sa toilette <input type="checkbox"/> toilette avec aide <input type="checkbox"/> dépendance totale
	CUTANE	RESPIRATOIRE	HABILLEMENT	DIVERS
	<input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> plaies	<input type="checkbox"/> trachéotomie <input type="checkbox"/> respirateur externe <input type="checkbox"/> oxygène	<input type="checkbox"/> s'habille seul <input type="checkbox"/> s'habille avec aide <input type="checkbox"/> dépendance	<input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> cécité <input type="checkbox"/> aphasie

Traitement	

Environnement socio-familial	

Mode de vie - entourage : <input type="checkbox"/> Seul(e) au domicile <input type="checkbox"/> Dans sa famille <input type="checkbox"/> Chez ses parents <input type="checkbox"/> En foyer/maison de retraite <input type="checkbox"/> Autre :

Sortie envisagée : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Autre :

Date :

Signature :