

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

Traitement**Environnement socio-familial****Mode de vie - entourage :**

- Seul(e) au domicile
- Dans sa famille
- Chez ses parents
- En foyer/maison de retraite
- Autre :

Sortie envisagée :

- Domicile
- Famille
- Autre :

Date :

Signature :