

MEDECIN PRESCRIPTEUR

ETABLISSEMENT
ADRESSE

Signature, date et cachet du prescripteur

TELEPHONE
FAX

DATE DE PRISE EN CHARGE ENVISAGEE

IDENTIFICATION DU PATIENT ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

Nom de naissance

Nom marital

Prénom

Né(e) le

Age

Adresse

Téléphone fixe

Email

Téléphone portable

N° de sécurité sociale

Adresse de la CPAM ou assurance

En maladie

En ALD

En invalidité

En AT

CMU

Environnement physique

Vit seul(e)

Ascenseur

Escaliers

Profession :

Retraité(e)

PRESCRIPTION MEDICALE DE SSR

MOTIF D'ADMISSION :

DATE DU TRAUMATISME :

DATE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE :

PRECISER SI K>60 ou > 120 €

OUI

NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Critères fragilité COVID-19 :

Traitement médicamenteux en cours :

Soins infirmiers nécessaires :

Objectifs de réadaptation et rééducation (gains thérapeutiques) :

Fonctionnel

Musculaire

Articulaire

ETAT DU PATIENT

Etat somatique :

Stabilisation	
Aggravation	
Etat cutané	
Infection BMR	
Phlébite	

Capacité fonctionnelle, appareillage

	Habillage
	Incontinence
Dépendance	Motricité
	Fauteuil roulant
	Déambulateur
	Cannes

Communication

Vision
Audition
Expression
Compréhension

Etat psychologique

Dépressif	
Autres :	

PRISE EN CHARGE ET RESSOURCES REQUISES AU CERS

Rééducation fonctionnelle en hospitalisation de jour

ORTHOPEDIE	
TRAUMATOLOGIE	
NEUROLOGIE	

ERGOTHERAPIE	
EDUCATION PHYSIQUE	
PSYCHOLOGUE	
BALNEOTHERAPIE	
EVALUATION	
READAPTATION SPORTIVE	
SUIVI PATIENT AU LONG COURS	
ASSISTANTE SOCIALE	

CADRES RESERVES A LA COMMISSION MEDICALE DU CERS

SECTEUR CONVENTIONNE		SECTEUR NON CONVENTIONNE	
ACCEPTÉ	REFUSE	ACCEPTÉ	REFUSE