

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION

A faire compléter par votre médecin traitant ou chirurgien (BIEN REMPLIR TOUS LES CHAMPS) et à nous retourner soit :

- par courrier : CERS - CS 40510 - 83707 ST RAPHAEL Cedex

- Fax : 04 94 82 23 37

- Mail : adm.cers.sra@ramsaysante.fr

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Date d'entrée souhaitée :

Signature, date et cachet du prescripteur :

IDENTIFICATION DU PATIENT ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

Nom marital :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

N° sécurité sociale :

En maladie : oui/non

En accident de travail : oui/non

Mutuelle :

Profession :

Prénom :

Age :

Lieu de naissance :

Mail :

Adresse CPAM :

En invalidité : oui/non

Date de l'accident de travail :

CMU : oui/non

PRESCRIPTION MEDICALE DE SSR

Pathologie :

Date du traumatisme :

Date d'intervention chirurgicale :

Nom du chirurgien :

Nom de l'établissement :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitement en cours :

Dépendance :

Fauteuil roulant : oui/non

Déambulateur : oui/non

Cannes : oui/non

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE

Date de réception :

Date d'entrée potentielle :

Accord	Raisons du refus : Refus
---------------	---

Date d'entrée proposée :

Nombre de séances :

Ressource :

Date du RDV d'entrée :