



DEMANDE DE TRANSFERT EN REVALIDATION – NF1

**VIGNETTE PATIENT ET SERVICE
DEMANDEUR**

Médecin Chef de service :
Dr Lousberg Christian
(Médecine Physique)

Tél. : 067/885-580
Fax : 067/885-569

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

AFFECTION MOTIVANT LA REVALIDATION

Date de début :

.....
.....
.....
.....
.....

AFFECTION(S) ANNEXE(S) EN COURS DE STABILISATION

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....
.....
.....
.....



Chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

Assuétudes : 0 alcool 0 tabac 0 médicaments

Allergie(s) :

.....
.....

DESCRIPTION DES DEFICITS LOCOMOTEURS ET/OU NEUROLOGIQUES ACTUELS

.....
.....
.....
.....
.....

OBJECTIFS ESPERES SUIVANT POTENTIEL DE RECUPERATION ESTIME

.....
.....
.....
.....
.....

DEGRE DE MOTIVATION DU PATIENT

0 Faible 0 Moyen 0 Elevé

TRAITEMENT ACTUEL

.....
.....
.....
.....
.....



ISOLEMENT MEDICAL

0 oui

0 non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

Le patient peut quitter le service aigu à partir du

...../...../.....

Téléphone ou Dect :

Cachet et signature :



VOLET NURSING

Poids :

Taille

Hygiène :

Toilette : 0 autonome 0 aide partielle 0 aide totale

Habillage : 0 autonome 0 aide partielle 0 aide totale

Contenance :

Urines : 0 continent 0 incontinence jour 0 incontinence nuit

0 sonde à demeure placée ou changée le :/...../.....

0 cystocath placé ou changé le :/...../.....

Selles : 0 continence 0 incontinence

Autonomie :

Marche : 0 autonome 0 aide partielle : 0 grabataire

Transfert : 0 autonome 0 aide partielle : 0 grabataire

Degré d'appui autorisé : 0 total 0 partiel 0 sans appui

Alimentation :

Régime :

Texture : 0 normale 0 moulu 0 mixé

Trouble de déglutition : 0 nutilis 0 stade

Sonde naso-gastrique ou gastrotomie placée le/...../.....



Comportement :

0 troubles cognitifs
0 désorientation temps/espace 0 apathie
0 agitation diurne
0 agitation nocturne
0 fugue
0 agressivité
0 confusion
0 sans particularité

Soins infirmiers :

Escarre/plaie :
Respiration : 0 oxygénothérapie 0 aspiration 0 trachéostomie

Autres renseignements utiles :

.....
.....
.....

Téléphone poste infirmier :



VOLET SOCIAL

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....

Mutuelle :

.....

Personne de contact :

Nom : Lien :

Téléphone : GSM :

Lieu de vie avant hospitalisation :

0 vit seul 0 vit avec/chez :

0 maison avec étage 0 maison de plain-pied 0 appartement

0 ascenseur

Aide(s) préexistante(s) avant hospitalisation : 0 oui 0 non

Si oui : 0 aide familiale 0 aide-ménagère

0 repas chaud 0 infirmière 0 kiné 0 logopède

0 télé vigilance

0 entourage familial

0 autre :

Projet du patient au terme de la revalidation :

0 domicile seul 0 domicile avec

0 placement MR / MRS



T-Revalidation

**Dossier d'admission en
revalidation**

Ref : TRV-G-ENR-004-01

Version : 01

Applicable le : 04-06-2019



Type de chambre souhaité :

0 commune (2 lits) 0 particulière

Coordonnées du médecin-traitant : nom/tél

.....

Téléphone et nom de l'assistante sociale :

.....