

**FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE POUR UNE DEMANDE DE SEJOUR
EN SOINS DE SUITE AU CENTRE MEDICAL SSR LE RIO VERT**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Patient :

NOM DE NAISSANCE:.....NOM MARITAL :.....

Prénom.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse :.....

Téléphone.....

Situation de famille

Profession :.....

N° de sécurité sociale :Caisse d'affiliation :

Mutuelle : bénéficiaire de l'APA : oui non

Personne à contacter

NOM :..... Prénom:.....

Lien de parenté :.....

Téléphone.....

Désirez-vous une chambre particulière : oui non

Tarif de la chambre particulière : 45€ tarif conventionné MFP, 50€ tarif non conventionné MFP

Etes-vous déjà venu au Centre Médical SSR le RIO VERT :.....

Si oui, en quelle année:.....

Veillez faire compléter le verso de cette fiche par votre médecin traitant et nous la retourner afin que nous puissions la soumettre aux médecins de l'établissement pour validation.



ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS
ET SERVICES DE SOINS ALPINS

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS :
.....

Motif du séjour au Centre Médical SSR le RIO VERT :

.....
.....

ALD30 OUI NON Motif

.....

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Appareil locomoteur			
Communication			
Continence			
Toilette			
Habillage			
Repas			

Allergies <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Type d'allergie.....	Oxygène <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p style="text-align: center;">TRAITEMENT MEDICAL</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Aide en place à domicile</p> <p>Devenir à la sortie</p>

Fait à, le

Tampon et signature

Coordonnées du médecin traitant