

**FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE POUR UNE DEMANDE DE SEJOUR  
EN SOINS MEDICAUX ET READAPTATION AU CENTRE MEDICAL SMR  
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 qui doit ensuite adresser cette demande par messagerie sécurisée : [medecins-riovert@lifen.mssante.fr](mailto:medecins-riovert@lifen.mssante.fr)**



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
TRAITEMENT MEDICAL ..... ..... ..... ..... .....	Aide en place à domicile    Devenir à la sortie

Fait à ....., le .....

Tampon et signature

Coordonnées du médecin traitant