



**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

**MOTIF DE LA DEMANDE**

- Evaluation dans le cadre d'une hospitalisation en vue d'une sortie  
 Aide au maintien à domicile

Précisez :

**HISTOIRE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE**

Date du début des troubles :

**ATCD MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

**TRAITEMENTS**

**ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL**

**La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge au CH de St Brieuc ?**  Oui  Non

Si oui, dans quel service et avec quel médecin :

**La personne est-elle suivie par un médecin rééducateur ?**  Oui  Non

Si oui, dans quel centre de rééducation et avec quel médecin ?

**Date de la demande :**

**Nom du demandeur + Signature :**

*Toute demande incomplète pourra entraîner un retard de réponse.*

**FICHE ADMINISTRATIVE**

**CONSENTEMENT DU PATIENT**

**Patient prévenu et consentant**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : .....

Lieu de naissance : .....

Marié(e)  Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)

Enfants à charge (nombre) : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

Tel Domicile : .....

Portable : .....

Adresse mail.....

**COUVERTURE SOCIALE**

\*Si assuré ≠ Patient

Nom\* : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

N° Immatriculation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ORGANISME :**

Nom : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

**MUTUELLE**

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

N° Adhérent : .....

**SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI**

Profession : .....  Retraité(e)

En étude/Formation : .....  Sans emploi

Situation MDPH : .....

N° de dossier MDPH : .....

**PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC**

Accident du travail

Date : .....

Maladie professionnelle : .....

Date : .....

ALD

Date : .....