

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 : patricia.agostini@ramsaysante.fr ou cathy.gervais@ramsaysante.fr

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Etablissement :

Signature, date et cachet du prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Date d'entrée souhaitée :

IDENTIFICATION DU PATIENT ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

Age :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal, Ville :

Téléphone :

Mail :

N° sécurité sociale :

Adresse CPAM :

En maladie : oui/non

En invalidité : oui/non

En AT : oui/non

Date de l'AT : Date d'AT

Mutuelle :

CMU : oui/non

Profession :

PRESCRIPTION MEDICALE DE SSR

Pathologie :

Date du traumatisme :

Date d'intervention chirurgicale:

Nom du chirurgien :

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 :