

Demande d'admission au Centre de Convalescence du Château de Colpach

<i>Etiquette</i>	Bénéficiaire
Nom/Prénom :	_____
Téléphone :	_____
Matricule	_____
Adresse :	_____

Personne de contact :	
Nom :	_____
Téléphone :	_____
Qualité :	_____
Motif de la demande :	
<input type="checkbox"/> Cure de convalescence (post hospitalisation) <input type="checkbox"/> Lit de vacances (dates souhaitées : _____)	
Assurance dépendance :	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> PPCH	

A remplir par le <u>médecin</u>	
Provenance du patient	
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital : _____ Service + téléphone : _____ Hospitalisation depuis le : _____	
Informations médicales minimales	
<u>Pathologies/Diagnostics finaux + code ICD :</u>	

<u>Antécédents importants + code ICD :</u>	

<u>Traitement médicamenteux actuel</u> (si possible veuillez annexer le relevé) :	

<u>Maladies infectieuses et nosocomiales :</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez spécifier : _____ <u>Germe résistant/nécessitant un isolement :</u> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez spécifier : _____ <u>Autonomie physique :</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Etat psychique :</u> Agressivité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désorientation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Risque de fugue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Confusion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Score MMS : _____	
Projet après le séjour au Centre de Convalescence:	
<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Demande de placement en cours. Si oui, veuillez préciser à quel(s) endroit(s) : _____	
Nom du médecin (cachet et signature) : _____	

Papiers à fournir dès que possible et au plus tard lors de l'admission au Centre de Convalescence :

- 1. Rapport médical**
- Copie de l'ordonnance médicale pour la cure de convalescence envoyée à la CNS
- Ordonnance médicale reprenant le traitement médicamenteux
- Copie du plan de prise en charge de l'assurance dépendance (obligatoire pour les lits de vacance)

Si suivi social, nom et numéro de téléphone de l'assistante sociale : _____

Centre de Convalescence du Château de Colpach

Château de Colpach / 1, rue d'Ell L-8527 Colpach-Bas
T : +352/ 2755-4300 – F : +352/ 2755-4301

www.croix-rouge.lu