

- RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE  
 ONCOLOGIE (POST-TRAITEMENT CANCER)  
 MAISON DES CAPACITÉS

**Médecin ou Service demandeur**

Tel :  
Fax :  
E-mail :

**Médecin Traitant :**  
Tel :  
E-mail :

**Sexe :** F  H

**Nom :** .....

Nom de naissance : .....

**Adresse :** .....

**Personne à prévenir :**

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Prénom :** .....

**Tél. :** .....

**E-mail :** .....

**Traitement actuel**

Joindre les ordonnances actualisées

Afin d'éviter des examens inutiles, merci de transmettre à l'admission, en plus du courrier médical, **un double des derniers résultats biologiques ainsi que le dernier bilan radiologique.**

**Antécédents :** Taille ..... Poids ..... IMC .....

**Objectif du séjour**

- APA oncologie
- Réhabilitation pré-opératoire
- Troubles de la marche - chutes
- Réadaptation à l'effort
- Troubles moteurs (Parkinson - AVC...)
- Plaies - cicatrisation
- Maison des Capacités

**Contexte social**

- Domicile
- Foyer Logement
- EHPAD
- Autre
- Aide à domicile :**
- Auxiliaire de vie : .....h/semaine
- Téléalarme
- Toilette
- Passage IDE
- Portage des repas
- Dépendance technique :**
- Cannes
- Fauteuil roulant
- Stomie
- Déambulateur
- Oxygénothérapie ... l/min
- Escaliers à domicile :**  OUI  NON

Le/ la patient(e) présente un état cognitif compatible avec une prise en charge en Hôpital de Jour (compréhension des consignes et comportement adapté) et adhère au projet rééducatif.

> Le but de ce questionnaire est essentiellement d'améliorer la qualité d'accueil des personnes à leur arrivée à la Clinique.

**Document à transmettre au secrétariat des admissions**

**BEAUJEU (HDJ) | Tel : 03 84 67 78 72 - Fax : 03 84 67 77 02**

 [cmba@fondation-arcenciel.mssante.fr](mailto:cmba@fondation-arcenciel.mssante.fr) (messagerie sécurisée)

DATE

SIGNATURE et TAMPON