



CENTRE DE  
RÉÉDUCATION  
FONCTIONNELLE  
Salies de Béarn

# FICHE DE PRÉ ADMISSION

## AFFECTION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET DU RACHIS

Toute demande d'admission est étudiée par les médecins rééducateurs en fonction de critères médicaux et socio-environnementaux, conformément aux exigences réglementaires en vigueur.  
La durée de séjour est définie par le médecin rééducateur du CRF de Salies de Béarn.  
En cas de réponse négative, vous pouvez contacter le médecin chef pour discuter du dossier.

ADMISSION SOUHAITÉE LE.....

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

MOTIF D'ADMISSION :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Téléphone du patient :

Adresse mail du patient ou d'un aidant le cas échéant :

Type d'intervention :

Date d'intervention :

Etablissement et médecin prescripteur :

Responsable de la demande :

Contact :

### Critères médicaux

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Indications orthopédiques pré-opératoires :

Indications concernant la prise en charge (reprise d'appui, fin de phase passive, etc)

### Critères socio-environnementaux

Profession :

Famille ou aidant à proximité du domicile pour vous aider?

Oui

Non

Aides à domicile présents ?

Oui

Non

Possibilité de se rendre chez un kinésithérapeute libéral ?

Oui

Non

Souhait d'une chambre particulière ?  
(attribution en fonction des disponibilités)

Oui

Non

**IMPERATIF : Joindre une photocopie de votre traitement médicamenteux actuel ainsi que les photocopies de vos radiographies les plus récentes.**

**Signature du patient :**

**Merci de nous adresser cette fiche de pré-admission**

Par courrier : Service des admissions

Centre de Rééducation fonctionnelle de Salies de Béarn – Service des admissions

3 boulevard Saint Guily

64270 SALIES DE BEARN

Par fax : 05 59 65 54 09