



Association Rio Vert

Siège social : 650, avenue de Marseille – 05110 La Saulce
Tél. 04 92 55 58 00 fax. 04 92 55 58 08

Centre médical
« Soins de Suite et de Réadaptation »
Participant au Service Public Hospitalier

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE POUR UNE DEMANDE DE SEJOUR EN SOINS DE SUITE AU CENTRE MEDICAL RIO VERT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Patient :

NOM DE NAISSANCE:.....NOM MARITAL :.....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Situation de famille :.....

Profession :.....

N° de sécurité sociale :Caisse d'affiliation :

Mutuelle : bénéficiaire de l'APA : oui non

Personne à contacter

NOM :..... Prénom:.....

Lien de parenté :.....

Téléphone :.....

Désirez-vous une chambre particulière : oui non

Tarif de la chambre particulière : 35 euros par jour.

Etes-vous déjà venu au Rio Vert : oui non en quelle année:.....

Veillez faire compléter le verso de cette fiche par votre médecin traitant et nous la retourner afin que nous puissions la soumettre aux médecins de l'établissement pour validation.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS :

.....

.....

Motif du séjour au Centre Médical RIO VERT :

.....

.....

.....

ALD30

OUI NON

Motif :

.....

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Appareil locomoteur			
Communication			
Continence			
Toilette			
Habillage			
Repas			

Allergies <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Type d'allergie.....	Oxygène <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRAITEMENT MEDICAL	Aide en place à domicile Devenir à la sortie

Fait à, le

Tampon et signature

Coordonnées du médecin traitant