



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

## Association Rio Vert

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

### 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 : 40 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 : .....

.....

	<b>Autonome</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
<b>Appareil locomoteur</b>			
<b>Communication</b>			
<b>Contenance</b>			
<b>Toilette</b>			
<b>Habillage</b>			
<b>Repas</b>			

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*