

DEMANDE D'ADMISSION FILIERE RACHIS

PAGE 1/2

ylang ylang

CLINIQUE DE RÉADAPTATION

| **Fax** : 02 62 42 89 88

| **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr

| **E2** : admission@clinique-ylang.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : ☐ H ☐ F

Médecin demandeur :

Tel :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile :	Tel :
	Mail :
Personne à prévenir :	Tel :
Numéro de sécurité sociale :	Caisse :
Mutuelle :	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Déjà acquise
<input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail	<input type="checkbox"/> Démarche En cours

INFORMATIONS

<input type="checkbox"/> En activité professionnelle, profession :	<input type="checkbox"/> Non actif	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Accident du travail, date :	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail, date :	

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE ET OBJECTIFS REEDUCATIFS

Cadre réservé à l'administration

Staff 1 : Date : / / ☐ Suivi Ylang avec Dr.....

Réponse :

☐ Consultation avec Dr..... ☐ Demande CR et examens complémentaires

☐ Accepté → délai d'admission ☐ <1sem ☐ 2 sem ☐ 4 sem ☐ Liste d'attente

Staff 2 : Date : / /

☐ HDJ - N ☐ HC - N
☐ HDJ - L ☐ HC - L
☐ HDJ - G ☐ HC - G

PAGE 2/2

Kinésithérapie : ☐ Non ☐ Oui, depuis quand :

Examens : ☐ Radios ☐ Scanner ☐ IRM :

Conclusions : (joindre les comptes-rendus)

Infiltration rachidienne : ☐ Non ☐ Oui, date :

Avis chirurgical : ☐ Non ☐ Oui, Dr.....(joindre les comptes-rendus)

Traitements en cours :

Demande remplie par :

Le: / /

Signature:

Tampon du médecin :