


# Demande d'admission SSR troubles trophostatiques

*En vue de l'admission de votre patient au SSR Les Grands Cèdres, merci de nous faxer (3102) ce document dûment rempli.*

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etablissement demandeur : \_\_\_\_\_

Service d'origine : \_\_\_\_\_  : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Médecin responsable : \_\_\_\_\_


Date d'entrée souhaitée dans notre établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


## Patient(e)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

 Domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Organisme payeur : \_\_\_\_\_ N°

Mutuelle complémentaire : \_\_\_\_\_ N°

- Diagnostic:  By-pass  
 Sleeve gastrectomie  
 Anneau gastrique  
 Autre .....

Indication de la demande en SSR :  Chirurgie de plus de 4 mois  Reprise pondérale

Poids : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Traitement en cours: \_\_\_\_\_