



**DOSSIER D'ADMISSION POUR  
LE CENTRE THERAPEUTIQUE DE JOUR NEUCHATELOIS**

Nom	Prénom
Date de naissance	Langue maternelle
Rue	NP, Lieu
Tél. privé	Tél. prof
Profession	Employeur
Adresse de l'employeur	
Assurance maladie	n° de police
Assurance accident	n°sinistre
Personne de confiance à contacter au besoin	
Médecin traitant	
Diagnostic médical	
Date d'apparition	
Hospitalisation	
Hôpital	Durée du séjour :
Clinique de réadaptation	Durée du séjour

## Thérapies déjà entreprises jusqu'à présent

---

- physiothérapie\_\_\_\_\_
- ergothérapie\_\_\_\_\_
- logopédie\_\_\_\_\_
- neuropsychologie\_\_\_\_\_
- autres\_\_\_\_\_

➤ joindre les différents rapports des thérapeutes et/ou examens réalisés

## La personne se déplace

---

- sans moyen auxiliaire
- avec une canne
- avec un déambulateur
- en fauteuil roulant manuel
- en fauteuil roulant électrique
- autres

## La personne a besoin d'aide pour

---

- aller aux toilettes
- faire les transferts (chaise-lit et vice-versa)
- pour manger
- autres

## La personne a besoin de soins particulier pour cause

---

- d'incontinence
- de nutrition entérale
- autres

## Remarques

---

---

---

Lieux et date :

---

Rempli par :

---