

## Fiche admission CTJN

Nom: ..... Médecin prescripteur: .....  
Prénom: .....  
Date de naissance: ..... Tél: .....  
Adresse: ..... Mail: .....  
Lieu: ..... Médecin généraliste: .....  
Tél: .....  
Portable: ..... Tél: .....  
Mail: ..... Mail: .....

Contact d'urgence: .....  
Tél: ..... Mail: .....  
Langue maternelle: .....

Profession: ..... Employeur: .....  
Coordonnées employeur: .....

Assurance maladie: ..... Assurance accident: .....  
No d'assuré: ..... No de sinistre: .....  
No de carte: .....  
Assurance maladie complémentaire: .....  
No d'assuré: .....

→ Copies des cartes d'assurance

Date d'apparition de la maladie: ..... Date de l'accident: .....

Diagnostic: .....  
.....

Hospitalisation: ..... Durée du séjour: .....

Clinique de réadaptation: ..... Durée du séjour: .....  
.....

Médicaments: .....

**Réseau:****Thérapie(s)****Nom(s)****Téléphone(s)**

Entourage / Famille:

.....

.....

.....

.....

Physiothérapie:

.....

.....

Logopédie:

.....

.....

Neurologie:

.....

.....

Neuropsychologie:

.....

.....

Assistant social:

.....

.....

Soins à domicile:

.....

.....

Structure accueil:

.....

.....

Conseiller AI

.....

.....

Autres

.....

.....

.....

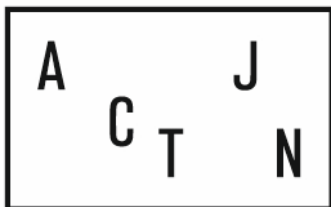
.....

.....

.....

.....

.....



## Fiche admission CTJN

Thérapies déjà entreprises jusqu'à présent :

- Physiothérapie: .....
- Ergothérapie: .....
- Logopédie: .....
- Neuropsychologie: .....
- Autres: .....

→ Joindre les différents rapports des thérapeutes et/ou les 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 particuliers pour cause de :

- Incontinence: .....  Urinaire .....  Fécale .....
- Troubles de la déglutition: .....
- Autres: .....

Remarques :

.....

Rempli par (lieu, date, nom, institution):

.....

.....