



**La Maison Basque**  
**Établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation**  
 13 allée Edmond Rostand Tél : 05/59/29/36/00  
 64250 CAMBO LES BAINS Fax : 05/59/29/28/90  
 Mail : admissions.maisonbasque@colisee.fr

## FICHE DE DEMANDE DE PRÉ-ADMISSION

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél : ..... Fax : .....  
 Mail : .....

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Mr  Mme  Melle Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... Tél : .....  
 Sous tutelle  Sous curatelle Nom du tuteur ou du curateur : .....  
 Date d'entrée souhaitée .....

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE A JOINDRE

Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien de parenté : ..... Tél : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

#### ANTÉCÉDENTS

ANTÉCÉDENTS	
MÉDICAUX	CHIRURGICAUX



**La Maison Basque**  
**Établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation**  
 13 allée Edmond Rostand Tél : 05/59/29/36/00  
 64250 CAMBO LES BAINS Fax : 05/59/29/28/90  
 Mail : [admissions.maisonbasque@colisee.fr](mailto:admissions.maisonbasque@colisee.fr)

**PROJET : Motif médical justifiant la demande en SMR**

<b>PROJET : Motif médical justifiant la demande en SMR</b>

**TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE DERNIÈRE ORDONNANCE**

<b>TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE DERNIÈRE ORDONNANCE</b>																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">-</td><td style="width: 50%; text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> </table>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			
-	-																			

**RENSEIGNEMENTS SOCIAUX**

Aides à domicile  Oui  Non

**Aide ménage**  Oui  Non

**Portage repas**  Oui  Non

**Téléalarme**  Oui  Non

IDE Libérale  Oui  Toilette  Pansement  Préparation pilulier  Non



**La Maison Basque**  
**Établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation**  
 13 allée Edmond Rostand Tél : 05/59/29/36/00  
 64250 CAMBO LES BAINS Fax : 05/59/29/28/90  
 Mail : admissions.maisonbasque@colisee.fr

<b>PROJET SOCIAL</b>	
Retour au domicile envisagé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Institutionnalisation prévue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Démarches en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....	
.....	
Nom Assistant(e) Social(e) :	
.....	

<b>DÉPENDANCE / AUTONOMIE</b>
-------------------------------

<b>Toilette :</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale <input type="checkbox"/> Stimulation
<b>Habillage :</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale <input type="checkbox"/> Stimulation
<b>Déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale
<b>Aide technique</b>	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne
<b>Continence :</b>	Urinaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fécale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Stomie</b>	Urinaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Digestive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Alimentation :</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Stimulation
<b>Régime Particulier :</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) .....
<b>Comportement :</b>	<input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté/Confus <input type="checkbox"/> Déambulant
<b>Relation :</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aphasique <input type="checkbox"/> Mal entendant <input type="checkbox"/> Mal voyant
<b>App. respiratoire :</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie
<b>Etat cutané :</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plaie type :

<b>RÉSERVÉ au SERVICE ADMISSION de la MAISON BASQUE</b>
---

Adresse : .....

N° SS : .....

Régime général : ..... Droits ouverts :  Oui  Non  100%

Régime complémentaire :  Mutuelle  CMU Complémentaire  Non

Si mutuelle : Nom : ..... Tél : .....

Prise en charge de la **Chambre Particulière** :  Oui  Non

Durée : ..... Montant :

Prise en charge du **Forfait Hospitalier** :  Oui  Non