

**CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LORRAIN BASSE-POINTE  
orientation Neuro-Ortho-Traumatologie**

mail : [demandeadmission@chilbp.fr](mailto:demandeadmission@chilbp.fr)

téléphone : (0596 53 27 27 – poste 285, 0596 53 27 28)

fax : (0596 53 27 22)

**Date de la demande :**

Médecin demandeur (nom-coordonnées)	
Nom de naissance PATIENT	
Prénom PATIENT	
Date de naissance PATIENT	
Téléphone PATIENT et personne à prévenir	
Adresse PATIENT	
N° sécurité sociale / INS ???	

**Pathologie motivant la demande de REEDUCATION :**

NEUROLOGIE       ORTHO-TRAUMATOLOGIE

*Laquelle* (Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...): + ***Etat clinique actuel***

*ATCD médicaux/chirurgicaux :*

*Traitement en cours (joindre une ordonnance traitement suffit) et appareillage au domicile (pour la vue, l'audition, l'alimentation, la respiratoire, etc..) :*

*Joindre tous documents utiles pour évaluation du patient (documents IMAGERIE, DERNIER BIOLOGIE...)*

**Degrés d'autonomie du patient :**

- Marche sans aides techniques
- Marche avec 1 ou 2 cannes
- Utilise un déambulateur
- Fauteuil roulant
- Lit strict
- cognition/capacité cognitive altérée

**Situation familiale :**

- Vie familiale :
- Isolement
- Rupture avec la famille
- Aidants ? :