



**CLINIQUE LES TROIS SOLEILS**  
**CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**

19, rue du Château  
77310 BOISSISE LE ROI  
Tél : 01.64.71.80.00 – Fax : 01.60.65.76.25

Nom du malade : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

N° de S.S. : \_\_\_\_\_  
(copie de la carte et de l'attestation vitale à joindre obligatoirement)

Mutuelle : \_\_\_\_\_  
(copie de la carte mutuelle à joindre obligatoirement)

Aide médicale : \_\_\_\_\_  
(justificatif à joindre obligatoirement)

Personnes à prévenir : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement d'origine : \_\_\_\_\_ Entrée demandée le : \_\_\_\_\_

Médecin prescripteur : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT MEDICAL**

ANTECEDENTS – HISTOIRE DE LA MALADIE :

DIAGNOSTIC ET MOTIF DE LA DEMANDE :

TRAITEMENT A PREVOIR :



# CLINIQUE LES TROIS SOLEILS

## CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

19, rue du Château  
77310 BOISSISE LE ROI  
Tél : 01.64.71.80.00 – Fax : 01.60.65.76.25

### INCONTINENCE

- Urinaire
- Anale
- Totale

Le malade a-t-il une sonde urinaire ?

### ESCARRES

### ORGANES DES SENS

- Acuité auditive :
- Acuité visuelle :

Le malade a-t-il une prothèse auditive ?

Le malade porte-t-il des lunettes ?

### CONTEXTE CLINIQUE

- Poids / Taille (même de manière approximative) :
- Cardio-vasculaire :
- Pulmonaire :
- Digestif :
- Ostéo-articulaire :
- Neurologique :
- Uro-génital :

### AUTRES REMARQUES OU OBSERVATIONS

MODE DE VIE ANTERIEUR : DEVENIR DU PATIENT

Signature du médecin