

DOSSIER DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION

De jour Complète

DATE DE LA DEMANDE	SERVICE DEMANDEUR	ETABLISSEMENT DEMANDEUR
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	NOM DU MEDECIN	
SOUHAIT D'UNE CHAMBRE SEULE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	TEL :	FAX :

IDENTIFICATION DU PATIENT *Joindre une fiche administrative*

Nom : Prénoms :
 Adresse :
 Tél :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : M F
 Régime de protection sociale :
 N° d'immatriculation : Médecin traitant :
 Mutuelle :

Liste des documents administratifs à fournir

- Carte d'identité
- Justificatif d'adresse
- Carte vitale
- Livret de famille
- Carte mutuelle
- Ordonnance à jour

PERSONNE A PREVENIR

Nom : Prénoms :
 Lien :
 Adresse :
 Tél :
 Email :
 Informée du transfert : OUI NON

DOSSIER MEDICAL

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DATE DE L'INTERVENTION :/...../.....

ANTECEDENTS :

- -

- -

ALLERGIES :

TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENT ORAL	POSOLOGIE	DATE D'ARRET PREVUE



Pansements : - Localisation : - Durée d'exécution : < à 30 mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30 mn/jour <input type="checkbox"/>	Escarres : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Localisation : Durée d'exécution : < à 30 mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30 mn/jour <input type="checkbox"/> - Mousse ou installation spécifique :
---	--

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN SSR

Rééducation (Prise en charge sup. à 2h/jour) <input type="checkbox"/>	Soins palliatifs <input type="checkbox"/>
Réadaptation (Pris en charge inf. à 2h/jour) <input type="checkbox"/>	Pré/post chimiothérapie <input type="checkbox"/>
Réadaptions sociale et professionnel <input type="checkbox"/>	Radiothérapie <input type="checkbox"/>
Prise en charge immobilisation <input type="checkbox"/>	Surveillance/ équilibre des thérapeutiques <input type="checkbox"/>
Répit familial <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Voie veineuse centrale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Hétéro sondage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Voie veineuse périphérique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dialyse OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Site implantable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Trachéotomie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Sonde naso gastrique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Aspiration OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Iléostomie / Coloscopie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Urostomie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VNI OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Sonde vésicale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Examens complémentaires (joindre RDV) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ISOLEMENT BMR : OUI NON

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Prise en charge de la Dénutrition <input type="checkbox"/>	Régime particulier
Education thérapeutique du Diabète <input type="checkbox"/>	Diabétique <input type="checkbox"/> Hypercalorique <input type="checkbox"/>
Gastrostomie / Jéjunostomie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Sans sel <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/>
Surveillance / Equilibre Diabétique <input type="checkbox"/>	Texture :.....

AUTONOMIE

Hygiène - Toilette du haut - Toilette du bas - Habillage du haut - Habillage du bas Alimentation - Se servir (couper viande, peler 1 fruit) - Manger Elimination - Urinaire - Anale Déplacements - Transferts (lit/fauteuil) - Intérieur - Extérieur	<input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale
Avec canne <input type="checkbox"/> Avec déambulateur <input type="checkbox"/> Avec fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	Vision normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/>	Audition normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>	
Etat psycho comportemental : Normal <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/>	Déambulation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Risque de fugue : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autres :		
Suivi psychologique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Intervenant :	Tél :		

DEVENIR

Ré hospitalisation prévue le :	Retour à domicile OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Prise en charge par la famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Structures envisagées : <input type="checkbox"/> Foyer social <input type="checkbox"/> Maison de retraite/EHPAD <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Unité de soins de longue durée	
Suivi social OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nom du travailleur social :..... Tél :.....	
Référent familial ou équivalent Nom :..... Tél :.....	

Signature du médecin demandeur