Clinique Saint-Vincent

8, rue de Paris CS 71027
97404 Saint-Denis Cedex
Tel : 0262 40 20 80
Fax : 0262 40 61 35
Adresse mail :
admissions.ssr.csv@clinifutur.net

DOSSIER DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION

DE JOUR ☐ COMPLETE ☐

DATE DE LA DEMANDE	SERVICE DEMANDEUR	ETABLISSEMENT DEMANDEUR
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	**NOM DU MEDECIN**	

SOUHAIT D'UNE CHAMBRE SEULE : OUI ☐ NON ☐ TEL : FAX :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Joindre une fiche administrative

Nom : …… Prénoms : ……

Adresse :…….

Tél :……

Date de naissance :……/……/…… Sexe : M ☐ F ☐

Personne à prévenir :…… Lien : ……
Informée du transfert : OUI ☐ NON ☐

Adresse :……

Tél :……

Régime de protection sociale : ……
N° d'immatriculation :…… Médecin traitant :……
Mutuelle :…….

DOSSIER MEDICAL

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DATE DE L'INTERVENTION : ……/……../…….

ANTECEDENTS :

-
-
-
-
-
-
-
-

ALLERGIES :

TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENT ORAL	POSOLOGIE	DATE D'ARRET PREVUE

TRAITEMENT INJECTABLE	POSOLOGIE	DATE D'ARRET PREVUE

Pansements : - Localisation : - Durée d'exécution : < à 30 mn/jour □ > à 30 mn/jour □	**Escarres :** Oui □ Non □ - Localisation : Durée d'exécution : < à 30 mn/jour □ > à 30 mn/jour □ - Mousse ou installation spécifique :

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN SSR

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

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Voie veineuse centrale	OUI □	NON □	Hétéro sondage	OUI □	NON □
Voie veineuse périphérique	OUI □	NON □	Dialyse	OUI □	NON □
Site implantable	OUI □	NON □	Trachéotomie	OUI □	NON □
Sonde naso gastrique	OUI □	NON □	Aspiration	OUI □	NON □
Iléostomie / Coloscopie	OUI □	NON □	Oxygénothérapie	OUI □	NON □
Urostomie	OUI □	NON □	VNI	OUI □	NON □
Sonde vésicale	OUI □	NON □	Examens complémentaires	(joindre RDV)	
				OUI □	NON □

ISOLEMENT BMR : OUI □ NON □

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Prise en charge de la Dénutrition □	**Régime particulier**
Education thérapeutique du Diabète □	Diabétique □ Hypercalorique □
Gastrostomie / Jéjunostomie OUI □ NON □	Sans sel □ Hypocalorique □
Surveillance / Equilibre Diabétique □	Texture :……

AUTONOMIE

Hygiène			
- Toilette du haut	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Toilette du bas	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Habillage du haut	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Habillage du bas	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
Alimentation			
- Se servir (couper viande, peler 1 fruit)	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Manger	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
Elimination			
- Urinaire	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Anale	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
Déplacements			
- Transferts (lit/fauteuil)	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Intérieur	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
- Extérieur	□ sans aide	□ aide partielle	□ aide totale
Avec canne □ Avec déambulateur □ Avec fauteuil roulant □			

Vision normale □ Diminuée □ Cécité □
Audition normale □ Diminuée □ Surdité □

Etat psycho comportemental : Normal □ Désorientation □ Agitation □ Agressivité □
Déambulation : OUI □ NON □ Risque de fugue : OUI □ NON □ Autres :
Suivi psychologique OUI □ NON □ Intervenant : Tél :

DEVENIR

Ré hospitalisation prévue le : …… Retour à domicile OUI □ NON □
Prise en charge par la famille OUI □ NON □
Structures envisagées : □ Foyer social □ Maison de retraite/EHPAD
□ Famille d'accueil □ Unité de soins de longue durée
Suivi social OUI □ NON □ Nom du travailleur social :…… Tél :……

Référent familial ou équivalent Nom :…… Tél :……

Signature du médecin demandeur