

DOSSIER PRE ADMISSION HOSPITALISATION SMR

admissions.ssr.csv@clinifutur.net

De jour ☐

Complète ☐

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

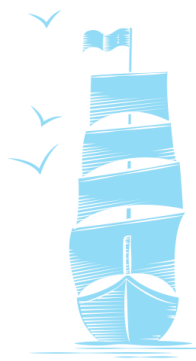
Nom : Prénoms : Adresse : Tél : Date de naissance :/...../..... Sexe : M ☐ F ☐ Régime de protection sociale : N° d'immatriculation : Mutuelle : Médecin traitant :	ETIQUETTE PATIENT
Liste des documents administratifs à fournir ☐ Carte d'identité ☐ Carte vitale ☐ Carte mutuelle ☐ Justificatif d'adresse ☐ Livret de famille ☐ 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 :

MMSE SCORE :

DATE :



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 SMR

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	☐
Répît 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 - 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	☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide ☐ sans aide	☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle ☐ aide partielle	☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ aide totale ☐ 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

R�� 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 :		
R��f��rent familial ou équivalent Nom : Tél :		

Signature du médecin demandeur

