

FICHE ENREGISTREMENT DOSSIER PREADMISSION SMR HC

DATE DE LA DEMANDE	SERVICE DEMANDEUR	ETABLISSEMENT DEMANDEUR
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	NOM DU MEDECIN	
TELEPHONE : ---/---/---/---/---	FAX : ---/---/---/---/---	
SOUHAIT D'UNE CHAMBRE SEULE : ☐ OUI ☐ NON		

IDENTIFICATION DU PATIENT

Joindre une fiche administrative

Nom : _____ Prénoms : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : ---/---/---/---.
 Email : _____@_____
 Date de naissance : ---/---/-----
 Sexe : M ☐ F ☐
 Régime de protection sociale : _____
 N° d'immatriculation : _____
 Mutuelle : _____
 Médecin traitant : _____

ETIQUETTE PATIENT

LISTE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR A L'ENTREE

- ☐ Carte d'identité ou passeport ☐ Justificatif d'adresse moins de 3 mois ☐ Courrier du médecin
☐ Carte vitale ☐ Livret de famille
☐ Carte mutuelle à jour ☐ Ordonnance de traitement en cours

PERSONNE A PREVENIR

Nom : _____ Prénoms : _____
 Lien de parenté ou non : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : ---. ---. ---. ---.
 Email : _____@_____
 Informée du transfert : ☐ OUI ☐ NON

DOSSIER MEDICAL

Diagnostic principal :

Date de l'intervention : ---/---/---

Antécédents :

Allergies :

MMSE :

DATE : ---/---/---

TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENT ORAL		POSOLOGIE	DATE D'ARRET PREVUE
TRAITEMENT INJECTABLE			
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

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	☐
		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	Compte rendu Examens complémentaires :	☐ OUI	☐ NON
			(Joindre convocation prochain RDV)		

ISOLEMENT BMR : ☐ OUI ☐ NON

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Prise en charge de la Dénutrition :	☐ OUI	☐ NON	Régime particulier			
Education thérapeutique du Diabète :	☐ OUI	☐ NON	Diabétique :	☐ OUI	☐ NON	
Gastrostomie / Jéjunostomie :	☐ OUI	☐ NON	Sans sel :	☐ OUI	☐ NON	
Surveillance / Equilibre Diabétique :	☐ OUI	☐ NON	Texture :	☐ Mixé	☐ Haché	☐ Normal
	☐ OUI	☐ NON	Hypercalorique :	☐ OUI	☐ NON	
			Hypocalorique :	☐ OUI	☐ NON	

FICHE ENREGISTREMENT DOSSIER PREADMISSION SMR HC

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
Élimination :						
- 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	☐	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	☐				
Suivi psychologique	OUI	☐	NON	☐				

DEVENIR

R� hospitalisation prévue le : ---/---/---	Retour à domicile	OUI	☐	NON	☐
Prise en charge par la famille	OUI	☐	NON	☐	
Structure envisagée :	Foyer social	☐	Maison de retraite	☐	
Famille d'accueil	☐	Unité de soins de longue durée	☐		
Suivi social :	OUI	☐	NON	☐	
Nom du travailleur social :	-----				
Téléphone :	---/---/---/---/---				
R�f�rent familial ou équivalent :					
Nom :	----- Prénom -----				
Téléphone :	---/---/---/---/---				