

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 <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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Personne à prévenir :	Lien :
Informée du transfert : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
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 <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"/>
Répît 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	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Toilette du bas	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Habillage du haut	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Habillage du bas	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
Alimentation			
- Se servir (couper viande, peler 1 fruit)	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Manger	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
Elimination			
- Urinaire	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Anale	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
Déplacements			
- Transferts (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Intérieur	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale
- Extérieur	<input type="checkbox"/> sans aide	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale

Avec canne Avec déambulateur Avec fauteuil roulant

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 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

