

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : H F

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Hospitalisé depuis le * : / /

Date d'entrée souhaitée * : / /

Etablissement * :

Tel * :

Service * :

Médecin * :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile* :	Tel* :
	Mail :
Personne à prévenir* :	Tel* :
Mesures de protection : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Démarche en cours	

Numéro de sécurité sociale* :	Caisse :
Pays d'origine (Hors France) :	<input type="checkbox"/> AME
Mutuelle* : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	Forfait journalier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Supplément chambre seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà acquise <input type="checkbox"/> Démarche En cours

DEVENIR

Vit seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non :	Retour sur lieu de vie envisageable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demande de placement en cours : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	(Faxer le projet social)

HISTOIRE CLINIQUE RESUMÉE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

Date de l'intervention chirurgicale * :

Appui autorisé Déficit

ANTECEDANT MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

Portage d'une BMR * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif) <input type="checkbox"/> Non recherché	
Infection * : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, site de l'infection :	
<input type="checkbox"/> Escarres :	<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale :

Dispositifs particuliers (chambre implantable, voie centrale, PICC-LINE...):

Traitement en cours et traitement habituel (dosage et posologie)

Cf joindre une ordonnance à jour

Capacité fonctionnelles *	seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :
Déplacements *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Transferts *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :
Faire sa toilette *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, Date : / /
				Elimination Fécale : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination digestive
Alimentation *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : <input type="checkbox"/> NasoGast. <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Régime : Date : / /
Communication				

Troubles de la conscience*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles de l'humeur *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles cognitifs *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles du comportement *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
		<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Contention	

Informations médicales complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Consentement du patient ou de la famille pour son transfert ? OUI NON

Demande remplie par : _____ Le : / / Signature : _____

REPONSE DU SMR :