



DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Médecins : Dr VERVACKE Pascal, Dr BLUM Véronique

Cadre de santé : M. PONZO Jean-Pierre

Responsable des admissions : Mme FERRANT Marlène

Secrétaire médicale : Mme CAPRON Charlotte

Tél : 04 90 72 72 07 **Fax :** 04 90 72 05 79

DATE DE LA DEMANDE :

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

IDENTIFICATION PATIENT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé (e)

Enfant (s) : ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées :

MEDECIN EFFECTUANT LA DEMANDE

.....
.....

PERSONNES REFERENTES – INDISPENSABLE

Médecin généraliste référent :

Nom :

Tél :

Mail :

Médecin spécialiste référent :

Nom :

Tél :

Mail :

Personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél :

Personne à prévenir pour l'admission :

Nom :

Tél :

PROBLEMATIQUE MEDICALE ET EVALUATION CLINIQUE ACTUELLES

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX / ALLERGIES CONNUES

CONTEXTE PSYCHO SOCIAL ACTUEL

PROJET DE VIE

- ☐ RAD
- ☐ EHPAD
- ☐ FOYER LOGEMENT

- ☐ MESURE DE PROTECTION :
 - ☐ À envisager
 - ☐ Sauvegarde de justice
 - ☐ Curatelle
 - ☐ Tutelle
 - ☐ Habilitation familiale

- ☐ Coordonnées de la personne chargée de la protection juridique :

.....

.....

AIDES AU DOMICILE

- ☐ IDEL / Coordonnées cabinet :
- ☐ Kinésithérapeute / Coordonnées cabinet :
- ☐ SSIAD
- ☐ Auxiliaires de vie
- ☐ EMSP
- ☐ HAD

- ☐ Suivi DAC
☐ Dossier APA : FAIT – EN COURS DE CONSTITUTION – NON FAIT

TRAITEMENT EN COURS

Merci de fournir la dernière ordonnance en cours

- ☐ **Prise des traitements :** Autonome – Aide partielle – Aide totale

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET CHARGE EN SOINS

AUTONOMIE :

Grille AGGIR =

OMS =

- ☐ Autonome ☐ Semi autonome ☐ Dépendant ☐ Lever : ☐ Oui ☐ Non

TOILETTE / HABILLAGE :

- ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

VOIE D'ABORD

- ☐ PAC ☐ PICC LINE ☐ Autre :
☐ Périphérique ☐ Sous cutané

ALIMENTATION :

**POIDS ACTUEL :
TAILLE :**

- ☐ Orale
☐ Entérale
 ☐ SNG
 ☐ Gastrostomie
 ☐ Jéjunostomie
☐ Parentérale
☐ Compléments alimentaires : OUI – NON
☐ Port de prothèses dentaires : HAUT - BAS
☐ Trouble de la déglutition : OUI – NON
☐ Prise de repas : Autonome – Aide partielle – Aide totale
☐ Régime alimentaire :

ETAT CUTANE :

- ☐ Normal
☐ Escarres Stade :
 Localisation :
☐ Pansements :
☐ Matelas à air à prévoir : OUI - NON

--

ETAT NEUROPSYCHIQUE

Comportements	Troubles cognitifs	Trouble de l'humeur
☐ Agitation ☐ Somnolence ☐ Agressivité verbale ☐ Agressivité physique ☐ Risque de fugue ☐ Trouble du sommeil	☐ Confusion ☐ DTS ☐ Démence ☐ Hallucinations visuelles ☐ Hallucinations auditives	☐ Syndrome dépressif ☐ Anxiété ☐ Angoisse ☐ Apathie

DEFICIENCES

- ☐ **Neuro-locomotrices :**
- ☐ Risque de chutes : OUI - NON
- ☐ Transferts : Aide totale - Aide partielle – Autonome
- ☐ Déplacement en intérieur : OUI - NON
- ☐ Déplacements en extérieur : OUI - NON
- ☐ Aides techniques : Déambulateur – Rollator – Fauteuil roulant

- ☐ **Incontinences :**
 - ☐ Urinaire : OUI - NON
 - SAD : OUI - NON
 - Néphrostomies : OUI - NON
 - Peniflow
 - Urinal
 - ☐ Fécale : OUI – NON
 - Stomies digestives

- ☐ **Audition :**
 - ☐ Surdité
 - ☐ Appareils auditifs : Droite – Gauche

- ☐ **Trouble de la communication :**
 - ☐ Dysphasie
 - ☐ Aphasie
 - ☐ Barrière de la langue

N.B : Pour toutes demandes d'admissions, merci de joindre :

- Le dernier Bilan Sanguin
- Le dernier compte-rendu d'hospitalisation
- Les derniers examens complémentaires/ paracliniques réalisés