



DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Médecin coordinateur : DR DELESTRE Anne-Sophie
Cadre de santé : Mme Cecconi Sabrina

Tél : 04 90 21 34 16 Fax : 04 90 21 34 80

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 de traitement

☐ **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 :

☐ 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