

**DEMANDE
D'ADMISSION**

PAGE 1/2

- Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
- Consultation pré-admission

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

 AGE : SEXE : H F

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	

PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Numéro de sécurité sociale :		Caisse :
Pays d'origine (Hors France) : <input type="checkbox"/> AME		
Mutuelle : <input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail	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 : Oui Non :

Retour sur lieu de vie envisageable : Oui Non

Demande de placement en cours : Non

 Oui (Faxer le projet social)
 Autre(s), précisez :

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES
Date de l'intervention chirurgicale : / /

 Appui autorisé

ANTÉCEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES
 HTA AVC DIABETE DENUTRITION TABAC ALCOOL

 Autre(s), précisez:

Cadre réservé à l'administration
Staff 1: Date : / / Suivi Ylang avec Dr.....

Réponse :

 Consultation avec Dr..... Demande CR et examens complémentaires

 Accepté → délai d'admission <1sem 2 sem 4 sem Liste d'attente

Staff 2: Date : / / /

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HC - N | <input type="checkbox"/> HDJ - N |
| <input type="checkbox"/> HC-L | <input type="checkbox"/> HDJ - L |
| <input type="checkbox"/> HC-G | <input type="checkbox"/> HDJ - G |

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 2/2

MOTIF DE LA DEMANDE/OBJECTIFS REEDUCATIFS

Le patient est-il connu d'une équipe pluridisciplinaire ? Non Oui :

Traitements en cours (si besoin joindre ordonnance)

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 :			
☐ Escarres :		☐ Plaie chirurgicale :	
☐ Voie veineuse <input type="checkbox"/> s/c			
☐ Dispositifs particuliers (chambre implantable, gastrostomie, trachéotomie, PICC-LINE...):			

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"/>	
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Elimination urinaire :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, <input type="checkbox"/> Date : / / <u>Elimination Fécale :</u> <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 : <input type="checkbox"/> Date : / /
Communication				
Troubles de la conscience*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
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 fatigue <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 :

Tampon du médecin :