

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2

ylang ylang

CLINIQUE DE RÉADAPTATION

Fax : 02 62 42 89 88 | E : admission@crfylang.com

- ☐ 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

ANTÉCÉDENTS 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 : / /

- ☐ HC - N ☐ HDJ - N
☐ HC - L ☐ HDJ - L
☐ HC - G ☐ HDJ - G

une clinique du groupe de santé **revyya**

MOTIF DE LA DEMANDE/OBJECTIFS REEDUCATIFS

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

Traitement en cours (si besoin joindre ordonnance)

Portage d'une BMR : ☐ Oui ☐ Non (dépistage négatif) ☐ Non recherché

Infection : ☐ Non ☐ Oui, site de l'infection :

☐ Escarres : ☐ Plaie chirurgicale :

☐ Voie veineuse ☐ S/C

☐ Dispositifs particuliers (chambre implantable, gastrostomie, trachéotomie, PICC-LINE...) :

Capacité fonctionnelles	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :
				<input type="checkbox"/> Kinésithérapie en cours
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"/>	
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Élimination urinaire :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, Date : / / <u>Élimination 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 : 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 :