



SSR La Petite Paix

DEMANDE D'ADMISSION

DOCSERV-SECR03

V02

Date de création :
Dernière modification : 07/06/2018

DISPOSITIF D'ACCUEIL DU PATIENT

Rédigé par L. GARREAULT (Assistante Qualité)

Vérifié par F. CATANESE (CDS)

Validé par S. ESCUSOL (Resp. des admissions)

Mode d'Hospitalisation

Centre de Rééducation Fonctionnelle
Rue Bellevue – 34240 Lamalou-les-Bains
Tél : 04-67-23-53-53 / Fax : 04-67-23-53-67

Temps Complet **Temps Partiel**
 Neurologie Locomoteur Locomoteur

(Nous priorisons l'hospitalisation à Temps Complet puis passage à Temps Partiel)

Nom : _____ Prénom : _____
 Date et lieu de naissance : _____ Sexe : H F
 Adresse : _____

 _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 N° d'assuré social : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ / ____
 Caisse d'affiliation : _____
 Caisse complémentaire : _____
 Médecin traitant : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____

Personne(s) à prévenir : _____

 _____ Tél. : _____

Personne demandant le placement

Nom, fonction : _____ Tél. : _____
 Chirurgien / Service / Etablissement : _____
 Date d'admission souhaitée : _____ Chambre particulière : Oui Non
 Date d'entrée proposée : _____
 Date d'entrée effective : _____ Chambre particulière : Oui Non

Cadre de vie avant hospitalisation

Au domicile : En couple Vit seul(e) Autre En institution : Oui Non
 Voisinage/Proches : Entouré(e) Isolé(e)
 Mesure de protection juridique : Oui Non Coordonnées du tuteur : _____
 Dispositifs médico-sociaux existants : Aide(s) à domicile APA Portage des repas
 Télé Alarme IDE-SSIAD-HAD CMP Autres, préciser :

Diagnostic motivant la demande de placement

Date début de l'affection : _____ Date intervention : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux

| | |
|--|--|
| ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ | ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ |
| Sur-Poids : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Allergie(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

PATIENT : Nom / Prénom : _____

Bilan de l'autonomie

- ♦ **Comportement** : Adapté Renfermé Agité Tendance à crier
- ♦ **Communication** : Adapté Troubles du langage Cécité Surdité Appareillage
- ♦ **Orientation** : Orienté Désorienté D ambulant Fugueur
- ♦ **Toilette/Habillage** : Autonome Aide Partielle Aide Totale
- ♦ **Prise des repas** : Autonome Aide Partielle Aide Totale
- ♦ **Elimination Urine** : Continent Incontinent Sonde urinaire Stomie
- ♦ **Elimination Fécale** : Continent Incontinent Stomie
- ♦ **Alimentation** : Normale Régime : Texture : Par sonde
- ♦ **Respiration** : Autonome Dyspnée Oxygène Trachéotomie
 Appareil d'aide respiratoire
- ♦ **Mobilité/Transfert** : Valide Avec Aide Aide Totale F. Roulant
 Canne/Déambulateur
- Prise en charge spécifique** : Oui Non
- ♦ **Douleur** : Pompe   Morphine Pousse seringue Stupéfiant
- ♦ **Soins** : Perfusion Port à cath BMR Escarres
 Pansements
- ♦ **Evaluation gérontologique** : Oui Non

Traitement médicamenteux en cours

- ♦
- ♦
- ♦
- ♦

Devenir envisagé après le séjour

- Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation
 - Retour domicile avec aide : Oui Non
 - Dispositifs médico-sociaux nouveaux   prévoir ou à réévaluer pour retour à domicile
 - Aide(s)   domicile APA Portage des repas
 - Télé Alarme IDE-SSIAD-HAD CMP Autres (préciser)
 - Orientation vers une institution d'hébergement adaptée
- Cette modification a-t-elle été abordée ? Des démarches ont-elles été effectuées après de
 Avec le patient Structures d'hébergement ? Oui Non
 Avec la famille Si oui, lesquelles ?
-
- Coordonnées de la personne et/ou du service social ayant initié la démarche :

Lors de son admission, le patient devra remettre

- une lettre de son Médecin traitant - de son Chirurgien
- une ordonnance récente du traitement médicamenteux en cours
- les résultats des derniers examens complémentaires pratiqués (radiographies, analyses et autres)

- Avis du Médecin du Centre : Oui Non
- En cas de refus, indiquer le motif* : Inadéquation à la structure Manque de lit
- Fiche incomplète Attente de placement médico-social Autres raisons

Date de la demande :

Signature du Médecin adresseur

Signature du Médecin du Centre