

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : ☐ H ☐ F

☐ Hospitalisation complète

☐ Hospitalisation de jour

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	

Numéro de sécurité sociale* :		Caisse :
Pays d'origine (Hors France) : <input type="checkbox"/> AME		
Mutuelle* : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non :	Retour sur lieu de vie envisageable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demande de placement en cours : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	(Faxer le projet social)

HISTOIRE CLINIQUE RESUMÉE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

--

Date de l'intervention chirurgicale * :

☐ Appui autorisé ☐ Déficit

ANTECEDANT MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

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 :
<input type="checkbox"/> Escarres : <input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale :

☐ Dispositifs particuliers (chambre implantable, voie centrale, PICC-LINE...) :

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 2/2

Traitement en cours et traitement habituel (dosage et posologie)

Cf joindre une ordonnance à jour

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"/>	
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, Date : / / Elimination Fécale : <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	Détails :
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 fugue <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 :

REPONSE DU SMR :