

# DEMANDE D'ADMISSION

HOSPITALISATION COMPLETE  - HOSPITALISATION DE JOUR

TEL : 01 48 90 03 49 - FAX : 01 48 90 02 08

## STRUCTURE SOLICITANT L'ADMISSION :

### POSTE A CONTACTER :

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Commune de résidence : ..... Sexe : M  F

Assurance Maladie : Oui  Non  Mutuelle : Oui  Non

Chambre particulière : Oui  Non

#### RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Entourage familial : Oui  Non  Entourage de voisinage : Oui  Non

Conditions d'habitation : .....

Régime de tutelle : Oui  Non  .....

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### A.T.C.D NOTABLES :

- .....
- .....
- .....
- .....

### PATHOLOGIE ACTUELLE :

Date de l'intervention Chirurgicale :

.....  
.....  
.....

### TRAITEMENT ACTUEL :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Isolation : Oui  Non

Oxygénothérapie : Oui  Non

Dialyse : Oui  Non

### PROJET THERAPEUTIQUE EN S.S.R :

.....  
.....

#### PROJET de SORTIE

Retour au Domicile : Oui  Non  Maison de Retraite : Oui  Non

Aides au Domicile : Oui  Non  Lesquelles : .....

Aides au Domicile à prévoir : Oui  Non  Lesquelles : .....

# DEMANDE D'ADMISSION

**HOSPITALISATION COMPLETE**  - **HOSPITALISATION DE JOUR**

TEL : 01 48 90 03 49 - FAX : 01 48 90 02 08

## DEPENDANCE

		Avant l'hospitalisation	Actuelle
Toilette	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seul</li> <li>• Seul après stimulation</li> <li>• Avec aide partielle</li> <li>• Avec aide totale</li> </ul>		
Habillement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seul</li> <li>• Seul après stimulation</li> <li>• Avec aide partielle</li> <li>• Avec aide totale</li> </ul>		
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange seul</li> <li>• Aide pour l'installation</li> <li>• Aide partielle</li> <li>• Aide totale</li> </ul>		
Elimination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WC sans aide</li> <li>• WC avec aide</li> <li>• Incontinence urinaire occasionnelle</li> <li>• Incontinence urinaire nocturne</li> <li>• Incontinence fécale</li> </ul>		
Etat sensoriel <i>Vue/ouïe</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon</li> <li>• Bon avec prothèse</li> <li>• Diminué</li> <li>• Nul ou presque</li> </ul>		
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marche seul</li> <li>• Aide (canne - déambulateur)</li> <li>• Aide d'une personne</li> <li>• Fauteuil roulant</li> </ul>		
Etat mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Désorienté</li> <li>• Confusion</li> </ul>		
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapté</li> <li>• Inquiet</li> <li>• Passif</li> <li>• Agressif</li> <li>• Fugueur</li> </ul>		
Relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne</li> <li>• Limitée à famille et proches</li> <li>• Difficile</li> <li>• Nulle</li> </ul>		
Soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pansements</li> <li>• Stomie</li> <li>• Escarre</li> </ul>		
Autre remarque			