



## STRUCTURE SOLLICITANT 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 :

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

Isolement : 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 : .....

## DEPENDANCE

		Avant l'hospitalisation	Actuelle
<b>Toilette</b>	<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>		
<b>Habillage</b>	<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>		
<b>Alimentation</b>	<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>		
<b>Elimination</b>	<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>		
<b>Etat sensoriel</b> <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>		
<b>Mobilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marche seul</li> <li>• Aide (cane - déambulateur)</li> <li>• Aide d'une personne</li> <li>• Fauteuil roulant</li> </ul>		
<b>Etat mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Désorienté</li> <li>• Confusion</li> </ul>		
<b>Comportement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapté</li> <li>• Inquiet</li> <li>• Passif</li> <li>• Agressif</li> <li>• Fugueur</li> </ul>		
<b>Relation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne</li> <li>• Limitée à famille et proches</li> <li>• Difficile</li> <li>• Nulle</li> </ul>		
<b>Soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pansements</li> <li>• Stomie</li> <li>• Escarre</li> </ul>		
<b>Autre remarque</b>			