

DEMANDE D'ADMISSION LE .....

ADMISSION SOUHAITEE LE .....

☐ Hôpital de jour

☐ Hospitalisation complète

**MEDECIN**

**DEMANDEUR :** .....

Etablissement et service : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Assistante sociale (Nom et N° tel) : .....

Secrétaire (Nom et N° tel) : .....

**ELEMENTS ADMINISTRATIFS : (joindre une copie recto/verso de la pièce d'identité)**

NOM : ..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

ADRESSE MAIL :

N° DE TELEPHONE A CONTACTER POUR L'ADMISSION : .....

**Personne de confiance :**

NOM, PRENOM ..... LIEN DE PARENTE.....

N° DE TELEPHONE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE : .....

**Domicile**

☐ Maison ☐

☐ Appartement ☐ étage ☐ ascenseur

☐ Autre

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e)/en couple ☐ veuf (ve)

Vit seul(e) : ☐ oui ☐ non ☐

Couverture sociale : **(joindre une copie de l'attestation de sécurité sociale)**

N° SS : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Centre :

Mutuelle : **(joindre la copie recto/verso de la mutuelle)**

☐ Chambre seule ☐

☐ Chambre double

**ATTENTION, AVANT DE VOUS ENGAGER, RENSEIGNEZ-VOUS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE SEULE PAR LA MUTUELLE** ☐

**Environnement familial et devenir :**

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



## ELEMENTS MEDICAUX

**MERCIDE JOINDRE LES DIFFERENTS COMPTE-RENDUS RELATIFS A LA PATHOLOGIE.**

### Motif de la demande

[illegible]

### HDM :

[illegible]

### Antécédents et facteurs de risque :

[illegible]



**Traitement en cours (joindre la copie de la dernière ordonnance en cours) :**

Poids : ..... Taille : .....

Latéralité :            gaucher ☐            droitier ☐

### COMPLEMENTS D'INFORMATION :

[illegible]



**DEGRE D'AUTONOMIE** (score de BARTHEL)

<b>Alimentation</b> 10 :Indépendant. 5 : besoin d'aide 0 : dépendance totale	
<b>Contrôle sphinctérien</b> 10 : continence 5 : fuites occasionnelles 0 : incontinence ou sonde vésicale	
<b>Anorectal</b> 10 : continence 5 : accidents occasionnels 0 : incontinence	
<b>WC</b> 10 : indépendance 5 : intervention d'une tierce personne 0 : dépendance	
<b>Soins personnels</b> 5 : possible sans aide 0 : aide totale	
<b>Bain</b> 5 : possible sans aide 0 : aide totale	
<b>Habillage</b> 10 : indépendance 5 : aide partielle 0 : aide totale	
<b>Transfert du lit au fauteuil</b> 10 : indépendance 5 : capable de s'asseoir mais nécessite une aide pour le transfert 0 : aide totale	
<b>Déplacement</b> 15 : marche avec soutien ou pas pour plus de 50 m 10 : marche avec aide pour 50 m 5 : indépendant pour faire 50 m avec un fauteuil roulant 0 : dépendance totale	
<b>Escalier</b> 10 : indépendance 5 : a besoin d'une aide ou d'une surveillance 0 : incapacité totale	



Troubles de l'humeur

☐ Oui ☐  
☐ Non ☐

Triste ☐

Pleurs ☐

Fonctions supérieures :

- ☐ Aphasie ☐
- ☐ Dysarthrie ☐
- ☐ Négligence ☐
- ☐ HLH (trouble visuel) ☐
- ☐ DTS ☐

Troubles du comportement ☐ Oui ☐ Agitation ☐ Fugue ☐ Cri ☐ Agressivité  
☐ Non ☐

**SOINS INFIRMIERS :** .....

**PLAIES :** .....

**RESPIRATION :**

- ☐ Normale
- ☐ Oxygène
- ☐ Trachéotomie

**DIGESTIF :**

- ☐ Alimentation per os
- ☐ Troubles de déglutition
- ☐ Sonde naso gastrique
- ☐ Sonde de gastrostomie
- ☐ Sonde de jéjunostomie