

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

HDM:

Antécédents et facteurs de risque :

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

Poids : Taille :

COMPLEMENTS D'INFORMATION :

DEGRE D'AUTONOMIE (score de BARTHEL)

Alimentation 10 : Indépendant. 5 : besoin d'aide 0 : dépendance totale	
Contrôle sphinctérien 10 : continence 5 : fuites occasionnelles 0 : incontinence ou sonde vésicale	
Anorectal 10 : continence 5 : accidents occasionnels 0 : incontinence	
WC 10 : indépendance 5 : intervention d'une tierce personne 0 : dépendance	
Soins personnels 5 : possible sans aide 0 : aide totale	
Bain 5 : possible sans aide 0 : aide totale	
Habillage 10 : indépendance 5 : aide partielle 0 : aide totale	
Transfert du lit au fauteuil 10 : indépendance 5 : capable de s'assoir mais nécessite une aide pour le transfert 0 : aide totale	
Déplacement 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	
Escalier 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 jejunostomie