

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE DEPUIS LE DOMICILE

En date du : Médecin traitant :
Tél. du médecin (*pour complément d'information si besoin*):

Renseignements Patient :

Homme Femme

NOM de naissance : Nom marital :
Prénom : Date de Naissance : / /
Téléphone :

Données sociales

Mode de vie : vit seul(e) avec conjoint HAD maison de retraite foyer
Aides existantes : aide- ménagère portage des repas télé alarme autres

Motif de la demande et projet de soins :
.....

Date d'admission souhaitée : **Durée envisagée :**

Projet après hospitalisation : retour à domicile Hospitalisation Maison de retraite
 Autre :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Diagnostic principal :
.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux utiles :
.....
.....

Traitement en cours : **merci de joindre la photocopie de(s) ordonnance(s)**

Poids : Taille : Variation récente :
 Allergies : Addiction :
Bilan infectieux : Oui Non

Origine : urinaire respiratoire autres :
Si bactéries multi-résistantes → germe..... Site.....
Mesure d'isolement : Oui Non



AUTONOMIE DU PATIENT

Merci de cocher les cases correspondantes :

Troubles de la vigilance et comportement :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Troubles mineurs ou inconstants	<input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Risque de fugue	<input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Opposant <input type="checkbox"/> Agité
Contenance : - Urinaire - fécale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	
Toilette :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Habillage :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Alimentation : (se servir et manger)	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Déplacements intérieurs : (marche)	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Transferts :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Installation	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Sommeil :	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Déambulation nocturne
Handicaps sensoriels : - visuel - auditif	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Appareillage	<input type="checkbox"/> Mal voyant <input type="checkbox"/> Mal entendant	<input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Surdité	

Kinésithérapie : Appui non autorisé Réadaptation à la marche
 Réadaptation à l'autonomie Aide matérielle :

Soins spécifiques :

Sonde : - <input type="checkbox"/> Gastrique - <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Stomie :	<input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Oxygènel /min	<input type="checkbox"/> Pansements :..... Durée du pansement : <input type="checkbox"/> Escarres :
---	---	--

Signature et cachet du médecin :