

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

SERVICES DE SSR : C.H.I.C. ALENCON - MAMERS
C.H.I.C. DES ANDAINES (DOMFRONT - LA FERTE MACE)
C.H. ARGENTAN
C.H. L'AIGLE
C.H. MORTAGNE
C.H. SEES
CENTRE DE SOINS DE SUITE « LE PARC » BAGNOLES DE L'ORNE
C. M. P. R. BAGNOLES DE L'ORNE Rue du Docteur J. Aimez 61140 BAGNOLES DE L'ORNE

ETABLISSEMENT DEMANDE

ETABLISSEMENT ET SERVICE
DEMANDEURS

DOSSIER MEDICAL CONCERNANT

Mr,Mme,Melle : NOM PRENOM.....

NOM DE JEUNE DE FILLE.....

DATE DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....

N° DE TELEPHONE

SITUATION FAMILIALE Marié Célibataire Veuf Divorcé Autre

PERSONNE A PREVENIR : NOM.....

LIEN DE PARENTE

N° DE TELEPHONE

MEDECIN TRAITANT

ADMISSION A PARTIR DU

CHAMBRE SEULE SOUHAITEE

OUI NON

AVENIR ENVISAGE A LA SORTIE

(A REMPLIR PAR L'ASSISTANT SOCIAL)

RETOUR AU DOMICILE : OUI NON

INSTITUTION : OUI NON

DEMARCHES ENGAGEES :

ACCORD DU PATIENT : OUI NON

ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SUIVANT LE DOSSIER :.....

N° DE TELEPHONE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(A remplir par le médecin du service demandeur.)

AFFECTION MOTIVANT LA DEMANDE AVEC DATE DE DEBUT

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

EVOLUTION SUCCINTE ET ETAT CLINIQUE ACTUEL

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

ANTECEDENTS

Médicaux :

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

Chirurgicaux :

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

Allergiques :

.....
.....

PORTEUR DE BMR

NON

OUI

Types :

Localisations :

Date des derniers prélèvements :

POIDS

TAILLE

TRAITEMENT DETAILLE (y compris traitement personnel)

PER OS

MEDICAMENT	DOSAGE	HORAIRE	DUREE (si prescrite)
------------	--------	---------	--------------------------

Si traitement anticoagulant :

- Date début

MEDICAMENT	DOSAGE	HORAIRE
------------	--------	---------

- Dernier contrôle sanguin
- Durée prévisible

AEROSOLS

TYPE
NOMBRE /24h

INJECTABLE

MEDICAMENT	DOSAGE	HORAIRE	DUREE (si prescrite)
------------	--------	---------	--------------------------

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

AUTONOMIE - SOINS

ASPECTS RELATIONNELS

CONSCIENCE ALTEREE	NON	OUI	
DESORIENTATION	NON	OUI	
TROUBLES DE LA MEMOIRE	NON	OUI	
TROUBLES DU LANGAGE	NON	OUI	EXPRESSION COMPREHENSION
AGITATION/AGRESSIVITE	NON	OUI	: JOUR NUIT
RISQUE DE FUGUE			
RISQUE SUICIDAIRE			

FONCTIONS SENSORIELLES

VUE	DEFICIENTE	CECITE	LUNETTES
OUI	DEFICIENTE	SURDITE	PROTHESE

RESPIRATION

OXYGENOTHERAPIE	DEBIT DUREE/ 24 H
TRACHEOTOMIE	REF. DE LA CANULE

LOCOMOTION

<u>TRANSFERTS LIT</u>	SEUL(E)	AVEC 1 PERSONNE	AVEC 2 PERSONNES
	AVEC UN LEVE - PERSONNE		
<u>APPUI</u>	AUTORISE	INTERDIT A DROITE INTERDIT A GAUCHE (REPRISE D' APPUI AUTORISEE LE)	
<u>DEPLACEMENTS</u>	MARCHE	SEUL(E)	
		AVEC AIDE	1 PERSONNE 2 PERSONNES
		AVEC SOUTIEN	1 CANNE 2 CANNES
			DEAMBULATEUR
		IMPOSSIBLE	
	FAUTEUIL ROULANT	MANUEL	ELECTRIQUE
		CONDUIT SEUL	OUI NON

ACTIVITES DE LA VIE JOURNALIERE

<u>HYGIENE CORPORELLE</u>	SEUL(E)	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
<u>HABILLAGE / DESHABILLAGE</u>	SEUL(E)	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE

ALIMENTATION

REGIME NON OUI PRECISEZ :
MANGE / BOIT SEUL(E) AIDE PARTIELLE AIDE TOTALE
PREPARATION NORMALE HACHEE MIXEE
FAUSSES ROUTES AUX SOLIDES AUX LIQUIDES
SONDE D'ALIMENTATION : SNG GASTROSTOMIE
PRODUIT
CALORIES/24 H
NUTRIPOMPE NON OUI
APPAREIL DENTAIRE NON OUI

ELIMINATION

URINES CONTINENCE
INCONTINENCE : JOUR
NUIT
SONDE A DEMEURE SONDAGES INTERMITTENTS
(Changée ou posée le)
STOMIE NON OUI
SELLES CONTINENCE INCONTINENCE : JOUR NUIT
STOMIE NON OUI

SOINS PARTICULIERS

PANSEMENTS LOCALISATION
PROTOCOLE
ESCARRES LOCALISATION ETENDUE (Surface approximative) STADE :
PROTOCOLE
(Patient à risque d'escarre : FAIBLE MOYEN FORT)
AUTRE

DUREE QUOTIDIENNE DES SOINS PARTICULIERS :

NOM/PRENOM :

DATE :

FONCTION :

SIGNATURE :