

Date de la demande : Nom du médecin demandeur :
 Date souhaité de l'admission : Coordonnées du médecin demandeur :

Motif de la demande :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'ADMISSION

Carte d'identité
 Carte vitale
 Carte de mutuelle (avec prise en charge) ou attestation CMU
 Ordonnance de votre traitement en cours
 Résultats biologiques
 Courrier du médecin adresseur
 S'il y a lieu : compte-rendu d'hospitalisation
 compte-rendu opératoire
 radiographies

IDENTITE

NOM usuel : NOM de naissance : Prénom :
 Sexe : H F Date de naissance : Nationalité :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :

Contacts (NOM – N° de téléphone) :
 Médecin traitant :
 Personne à prévenir :
 Personne de confiance :

COMPLEMENTS

N° Sécurité Sociale : Caisse d'affiliation :
 Mutuelle :

APA : oui non
 Mesure de protection juridique : oui non
 si oui, laquelle :
 NOM : Coordonnées :
 Commentaires :

DEVENIR

Domicile EHPAD USLD Foyer-logement Hébergement famille Pas d'orientation prévue
 Commentaires :

INFORMATION PATIENT

Vous indiquez avoir informé :
 le patient qui est en état de recevoir l'information le tuteur la personne de confiance
 la personne à prévenir les proches présents autres :
 Vous indiquez avoir recueilli l'accord :
 du patient du tuteur de la personne de confiance des proches présents

ETAYAGE EN PLACE

Infirmière libérale : oui non si oui, NOM / Prénom / Fréquence :
 Kinésithérapeute libéral : oui non si oui, NOM / Prénom / Fréquence :
 Auxiliaire de vie : oui non si oui, NOM / Prénom / Fréquence :
 Téléalarme : oui non
 Portage des repas : oui non

MODE DE VIE

Situation matrimoniale : célibataire marié(e) compagnon divorcée(e) séparé(e) veuf(ve)
 Nombre d'enfants :
 La personne vit : seule en couple autre, à préciser :
 en maison si oui : escaliers : oui non monte-escaliers : oui non
 en appartement si oui : étage : ascenseur : oui non

MEDICAL

Diagnostic :

Antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies : oui non si oui, lesquelles :

Commentaires :

Poids : Taille :

Traitement en cours : *joindre la dernière ordonnance*Dialyse : oui non si oui, jours et lieu :Chimiothérapie : oui non si oui, commentaires :Radiothérapie : oui non si oui, commentaires :Ventilation : autonome non autonome : à préciser : oxygène trachéotomie VNI
 aérosols aspiration

Commentaires :

Conduites à risque : aucune alcool tabac stupéfiants sevrage

Commentaires :

Infections BMR : oui non si oui, commentaires :Etat cutané : bon mauvais : à préciser : escarres ulcères plaies rougeurs matelas anti-escarre

Commentaires :

Soins palliatifs : oui non si oui, commentaires :**CAPACITES FONCTIONNELLES**

Avant l'hospitalisation :

Depuis l'hospitalisation :

Capacités fonctionnelles : autonome non autonome : à préciser (*compléter les informations ci-dessous*)Déplacements : autonome aide partielle aide totale chutes
 aides techniques : fauteuil roulant déambulateur rollator
 cannes anglaises canne tripode prothèse/orthèse

Commentaires :

Transferts : autonome aide partielle aide totale

Commentaires :

Toilette : autonome aide partielle aide totale

Commentaires :

Habillage : autonome aide partielle aide totale

Commentaires :

Elimination urinaire : autonome cathéter sus-pubien étui pénien incontinence
 protection sonde à demeure sondage intermittent stomie

Commentaires :

Elimination fécale : autonome incontinence protection stomie

Commentaires :

Alimentation : autonome aide partielle aide totale troubles de la déglutition
 nutrition entérale nutrition parentérale régime particulier : texture :
 Appareillage(s) : haut : oui non / bas : oui non

Commentaires :

Vision : normale altérée cécité appareillage(s) : oui non

Commentaires :

Audition : normale altérée surdité appareillage(s) : oui non

Commentaires :

Expression / compréhension : normale altérée troubles du langage non francophone
 troubles de la conscience

Commentaires :

Troubles du comportement et cognitif : oui nonSi oui, lesquels : agitation agressivité apathie impulsivité irritabilité
 confusion dépression anxiété désinhibition désorientation temporo-spatiale
 hallucinations idées délirantes comportement moteur aberrant déambulation
 risque de fugue risque suicidaire troubles du sommeil troubles de l'appétit

Commentaires :