

DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN HC

 SMR POLYVALENT

 SMR GERIATRIQUE

 SOINS PALLIATIFS

DATE DE LA DEMANDE	SERVICE DEMANDEUR	ETABLISSEMENT DEMANDEUR	
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	NOM DU MEDECIN		
Souhait d'une chambre seule <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		TEL.	FAX.

IDENTIFICATION DU PATIENT	PERSONNE A PREVENIR
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénoms :	Prénoms :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
Téléphone :	Courriel :
Courriel :	Lien de parenté :
Situation familiale :	Informée du transfert : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vit seul :	
Coordonnées du médecin traitant :	

COUVERTURE SANTE DE L'ASSURE	
N° Sécurité sociale :	Protection juridique :
Mutuelle / complémentaire santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sauvegarde juridique
Organisme :	<input type="checkbox"/> Curatelle
CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tutelle
ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Organisme :

DOSSIER MEDICAL		
Diagnostic principal :	Antécédents :	Co-morbidités :

ALLERGIES :

TRAITEMENT EN COURS / LETTRE DE LIAISON
Joindre à la demande les dernières prescriptions médicamenteuses et le cas échéant le dernier compte-rendu d'hospitalisation

ETAT CLINIQUE ACTUEL / STATUT VACCINAL
BMR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vaccination antigrippale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :
Vaccination anti-covid <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Date de la dernière contamination :

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE					
Poids kg :	Oui	Non	Régimes particulier	Oui	Non
Prise en charge de la Dénutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education thérapeutique du Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypercalorique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jéjunostomie / Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypocalorique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance / Equilibre Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans sel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :			Texture :		

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

	Oui	Non		Oui	Non
Voie veineuse centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hétéro sondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde naso gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iléostomie / Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examens complémentaires : (joindre RDV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIE

Hygiène

Toilette du haut Sans aide Aide partielle Aide totale

Toilette du bas Sans aide Aide partielle Aide totale

Habillage du haut Sans aide Aide partielle Aide totale

Habillage du bas Sans aide Aide partielle Aide totale

Alimentation

Se servir (couper viande, peler 1 fruit) Sans aide Aide partielle Aide totale

Manger Sans aide Aide partielle Aide totale

Elimination

Urinaire Sans aide Aide partielle Aide totale

Anale Sans aide Aide partielle Aide totale

Déplacements

Transferts (lit/fauteuil) Sans aide Aide partielle Aide totale

Intérieur Sans aide Aide partielle Aide totale

Extérieur Sans aide Aide partielle Aide totale

Mobilité Avec canne Avec déambulateur Avec fauteuil roulant

Vision normale Diminuée Cécité

Audition normale Diminuée Surdité

Etat psycho comportemental Normal Désorientation Agitation Agressivité

Déambulation Oui Non **Risque de fugue** Oui Non

Suivi psychologique Oui Non **Intervenant** Nom : Tél.

Suivi social Oui Non **Intervenant** Nom : Tél.

Objectif de la prise en charge en SMR

Rééducation (Prise en charge sup. à 2h/jour)	<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>
Réadaptation (Pris en charge inf. à 2h/jour)	<input type="checkbox"/>	Pré/post chimiothérapie	<input type="checkbox"/>
Réadaptions sociale et professionnelle	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>
Prise en charge immobilisation	<input type="checkbox"/>	Surveillance/ équilibre des thérapeutiques	<input type="checkbox"/>
TC et AEG avec soulagement de l'aidant principal	<input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :	<input type="checkbox"/>

Pansements

Escarres

Type :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Localisation :	Durée d'exécution : <input type="checkbox"/> < à 30 mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30 mn/jour	Localisation : Durée d'exécution : <input type="checkbox"/> < à 30 mn/jour <input type="checkbox"/> > à 30 mn/jour
Mousse ou installation spécifique :		

PROJET DE VIE

Prise en charge par la famille Retour à domicile Retour à domicile avec HAD

Structure envisagée Foyer social Maison de retraite Famille d'accueil USLD

Référent familial ou équivalent : Nom : Tél.

Documents à fournir – Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

<ul style="list-style-type: none"> • Carte d'identité • Carte vitale • Attestation de sécurité sociale • Mutuelle ou CSS (CMU) 	<p><i>Joindre le courrier médical + l'ordonnance du /des traitement(s) en cours</i></p>
--	---

Signature du médecin demandeur	<p>Mail : admissions.csj@lifen.mssante.fr</p> <p>Courrier : Clinique Saint Joseph - Service des admissions - 37 Rue Roland Garros - 97480 Saint-Joseph</p> <p>Fax : 0262 48 94 88</p>
--------------------------------	--