

MAISON de SANTÉ des DAMES du CALVAIRE

DEMANDE d'ADMISSION UNITE MEDICALE - (Soins de Suite Réadaptation)

Docteur Alain GOURMEL
Chef de Service
Docteur Marie Claire SANDRET
Médecin adjoint

Madame Michelle RUSTICHELLI
Directrice

Madame Véronique TILHOS
Surveillante générale
Madame Claire SEGUI
Cadre infirmier

IDENTITE du PATIENT : sexe : F M né(e) le :

Etablissement demandeur :

Nom du médecin spécialiste :

Nom du médecin traitant :

AFFECTION PRINCIPALE MEDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION

Hospitalisé(e) depuis le :

Intervention chirurgicale : oui non
Si oui, date :

Transfusions oui non si oui, date :

BMR oui non si oui, germe :

Antibiothérapie oui non si oui, étiologie, germe et date :

ANTECEDENTS

MEDICAUX

CHIRURGICAUX

TRAITEMENT ACTUEL DETAILLE

NOM DES MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

MAISON de SANTÉ des DAMES du CALVAIRE

EVALUATION DE SON AUTONOMIE

RESPIRATION

- normale
- dyspnée
- oxygénothérapie
- aérosols

ALIMENTATION

- normale
- régime :
- autonome
- aide partielle
- sonde :
- prothèses dentaires
- troubles de la déglutition

ELIMINATION

Urinaire :

- continence
- incontinence
- stomie
- sonde posée le :

Fécale :

- continence
- incontinence
- constipation
- diarrhée
- stomie

MOBILISATION

- seul (e)
- avec aide
- dans la chambre
- lit/fauteuil
- alité (e)

LEVER/COUCHER

- seul (e)
- avec aide
- dépendant(e)

SOMMEIL/REPOS

Sommeil :

- normal
- somnolence le jour
- insomnie
- traitement

Repos :

- sieste
- éviter les visites

TOILETTE/HYGIENE

- autonome
- aide partielle
- aide totale
- toilette au lit
- stimulation

HABILLAGE

- autonome
- aide partielle
- aide totale

ETAT CUTANE

- normal

- soins d'escarre

ORIENTATION/COHERENCE

- normale
- confus(e) – désorienté(e)
 - épisodiquement
 - permanent

FONCTIONS SENSORIELLES

Vision :

- normale
- déficience
- corrigée

Audition :

- normale
- déficience
- corrigée

ELOCUTION

- normale
- déficience
- langue parlée :

RELATIONS

- bonnes relations
- triste
- anxieux (se)
- agressif (ve)-exité(e)
- très demandeur

COMMENTAIRES

soins infirmiers :

:

kinésithérapie :

:

orthophonie :

:

Je soussigné(e), Docteur certifie que M

ne présente aucune affection contagieuse ou psychiatrique en évolution.

Date : identification du médecin et signature :

MAISON de SANTÉ des DAMES du CALVAIRE

DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse :

Téléphone :

Coordonnées des personnes à prévenir (adresse + n° de téléphone)

Provenance (*nom de votre Etablissement*) :

PRISE EN CHARGE :

Organisme d'assurance sociale :

Numéro d'immatriculation : — — — — — — —

Nom et adresse de la mutuelle :

N° adhérent

Chambre particulière : **oui** **non**

A quel taux de prise en charge le patient a-t-il été pris dans votre Etablissement ?:
(*indispensable pour une cohérence au niveau du budget global*):

ALD

K opératoire > 50

80 %