



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION :

- HOSPITALISATION COMPLÈTE SERVICE DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION
- HOPITAL DE JOUR SERVICE DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION
- UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL OU A ADRESSER PAR MAIL OU PAR FAX :

SECRETARIAT : TEL : 04 93 28 75 50 FAX : 04 93 28 73 13 MAIL : secretariat.ssr@ch-menton.fr
SERVICE SOCIAL : TEL : 04 93 28 72 03 FAX : 04 93 28 73 49 MAIL : sce.social@ch-menton.fr

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile
Autres : (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse et téléphone) :

ANTECEDENTS (médicaux, chirurgicaux)

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES

TAILLE :

POIDS :

DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE (en supplément) OUI NON

SOINS PALLIATIFS : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON préciser

CECITE : OUI NON

SURDITE : OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : OUI NON

CONDUITES A RISQUE :

ALCOOL : OUI NON

TABAC : OUI NON

Sevrage : OUI NON

RÉÉDUCATION :

Kinésithérapie : OUI NON

Orthophonie : OUI NON

Autres : (préciser)

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE SOCIAL, ASPECTS COGNITIFS...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

ETAT INFECTIEUX

	OUI	NON
Portage BMR		
Portage BHRe		
« Contact » de BHRe		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES

	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES

	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

Date :

Signature et cachet du médecin :