

# DEMANDE D'ADMISSION SMR HDJ POLYVALENT ET PRÉVENTION DES CHUTES

Clinique Saint Germain

Secrétariat HDJ polyvalent :  
05 19 99 24 67  
accueilsrhc@vyv3-cda.fr

Cadre de santé :  
05 19 99 24 57

M. / Mme : ..... Date de naissance : .....

N° de téléphone du patient : ..... Âge : .....

## DEMANDE D'ADMISSION :

Souhaitée le : .....

Prescripteur : .....

Établissement demandeur : .....

## MOTIF DE LA DEMANDE :

.....  
.....

Si suite chirurgie, date de l'intervention : .....

Pathologie principale : .....

.....

Objectifs de prise en charge : .....

ATCD à signaler : .....

Patient vu en RAAC :  Oui  Non

**Traitement** (joindre ordonnance) :

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

## AUTONOMIE :

- Ventilation :**  Autonome  Oxygénoréquant : ..... litres  Apnée du sommeil
- Déplacement :**  Cannes  Déambulateur  Fauteuil roulant  Pas d'aide technique  
 Perte d'équilibre  
 Patient avec antécédent de chute récente  Patient sans antécédent de chute
- Troubles cognitifs :**  OUI  NON Si oui, contre-indication à l'HDJ
- Troubles du comportement :**  OUI  NON Si oui, contre-indication à l'HDJ
- Contenance urinaire :**  OUI  NON Si non, doit être gérée par le patient
- Contenance fécale :**  OUI  NON Si non, contre-indication à l'HDJ
- Patient porteur BMR/ BHRE :**  OUI  NON

Informations complémentaires importantes à connaître :

.....

.....

.....

.....

## PRISE EN CHARGE DU SÉJOUR :

- Accident du travail  Maladie professionnelle  ALD  Sécurité sociale

## INFORMATIONS PATIENT :

### Matériels / documents à fournir lors de l'admission :

- Carte d'identité  Vêtements adaptés à l'activité physique  
 Carte vitale  Baskets  
 Carte mutuelle  Gourde d'eau  
 Ordonnance de traitement en cours

