

M/MME.

DEMANDE D'ADMISSION

Souhaitée le :

Prescripteur :

ORIENTATION

Pathologie principale : _____

Objectifs de prise en charge : _____

VOLET MEDICAL

PATHOLOGIE PRINCIPALE

Date et début de la maladie :

AUTRES ELEMENTS MEDICAUX

Motif de la demande : _____

ATCD à signaler : _____

RESSOURCES REQUISES ET SOINS

Locaux adaptés à la désorientation temporo-spatiale : Oui - Non

Nécessité de précautions complémentaires pour motif Infectieux (BMR – BRHe - maladies contagieuses) : Oui - Non

Si oui, type d'isolement : CONTACT GOUTTELETTE AIR

DEMANDE D'ADMISSION SMR POLYVALENT, METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN,
CARDIAQUE EN HOSPITALISATION COMPLETE

Transfert :	Seul	aide partielle	aide humaine
Alimentation :	Seul	préparation du plateau	avec aide humaine
Faire sa toilette : haut :	Seul	aide partielle	aide totale
Bas :	Seul	aide partielle	aide totale
Intime :	Seul	aide partielle	aide totale
Aller aux toilettes :	Seul	aide partielle	aide totale
Habillage :	Seul	aide partielle	aide totale
Communication :	Seul	difficulté de communication	

Troubles de la conscience, de l'humeur, cognitif et comportementaux :

Absence de troubles

Présence de troubles se manifestant par

.....

Informations Complémentaires :

AUTRES ELEMENTS INFIRMIERS

Poids (en kg) :

Taille (en cm) :

IMC :

SEJOUR OU PRISE EN CHARGE

Souhait :

- Chambre seule
- Chambre double

VOLET ADMINISTRATIF ET SOCIAL

IDENTITE

COORDONNEES

Patient :

Adresse actuelle :

Date de naissance :

Code postal-ville :

Pays de naissance :

Téléphone :

Ville de naissance :

Portable :

Email :

SITUATION ACTUELLE

SITUATION FAMILIALE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

DEMANDEUR

- Médecin :
- Assistante sociale :
- Autres :

Matériel à fournir lors de l'entrée du patient :

- 48h de traitement
- PCR de moins de 48H
- Nécessaire de toilette (serviette, gants, gel douche, dentifrice...)
- Tenue vestimentaire adapté à la pratique d'activité de rééducation
- Chaussures fermées