

DOSSIER ADMISSION SMR DOMICILE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE

NOM : _____ PRENOM : _____
NOM DE JEUNE FILLE : _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [][][][][][] VILLE : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE N°1 TEL : _____

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [][][][][][] VILLE : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE N°2 TEL : _____

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [][][][][][] VILLE : _____

COUVERTURE SOCIALE

ADRESSE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE

CODE POSTAL [][][][][][] VILLE : _____

NOM ORGANISME MUTUELLE _____

(L'attestation de la CPAM et la carte mutuelle vous seront réclamées à l'arrivée)

PERIODE D'ADMISSION SOUHAITEE (NON-GARANTIE DE NOTRE PART)

DU [][][][][][] AU [][][][][][]

CHAMBRE PARTICULIERE SOUHAITEE OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
REMPII PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM _____ PRENOM _____ AGE _____

DIAGNOSTIC – NATURE DE LA DEMANDE DE SEJOUR :

.....
.....

Hospitalisation en rapport avec ALD oui non

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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

EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT AU JOUR DE LA DEMANDE : le/...../.....

	OBSERVATIONS
CARDIAQUE	
PULMONAIRE	
NEUROLOGIQUE	
UROLOGIQUE	
DIGESTIF	
CUTANE	

DERNIERES CONSTANTES

POIDS		TENSION ARTERIELLE	
TAILLE			

OBJECTIF DU SEJOUR (cocher la ou les cases) :

Poursuite de soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	Rééducation active	<input type="checkbox"/>
Autonomisation de la personne	<input type="checkbox"/>	Convalescence	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS EN COURS

(pour les AVK, merci de transmettre les dates et les résultats des derniers INR)

.....

.....

.....

.....

.....

SOINS EN COURS (détail des protocoles de soins infirmiers)

Escarres, ulcères oui non

Localisation

Protocole

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE DU PATIENT

	Seul	Moyennement	Très perturbé	Ne peut rien faire
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIAL – Conditions de vie

Seul(e) à domicile	<input type="checkbox"/>	Isolé(e)	<input type="checkbox"/>	Entourage présent	<input type="checkbox"/>	Téléalarme	<input type="checkbox"/>
En couple	<input type="checkbox"/>	Accueil famille	<input type="checkbox"/>	Portage des repas	<input type="checkbox"/>		
Coordination sanitaire et sociale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Aide ménagère	<input type="checkbox"/>		
APA	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		SI oui, nbre d'heures		