

DEMANDE D'ADMISSION :

Unité de Soins Médicaux et de Réadaptation « Hôpital Saint Joseph – Montval »

 Date de la demande :/...../.....
/...../.....

Date d'entrée souhaitée:

DEMANDEUR	
Médecin traitant :	
Téléphone :	Mail :

COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE			
NOM de Naissance :		NOM Utilisé :	
Prénom :		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Né(e) le/...../.....		Âge : ans	
Adresse :			
Ville :		CP :	
Téléphone :		Mail :	
Assuré(e) : Nom :		Prénom :	
Numéro de Sécurité Sociale :			
Caisse (adresse) :		<input type="checkbox"/> CMU de base	
Mutuelle :		<input type="checkbox"/> Complémentaire CMU	
Réfèrent familial <small>Personne à contacter pour cette demande</small>	Lien de parenté	Téléphone	Mail
Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre le document			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	

DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES			
<u>Mode de vie</u>	<input type="checkbox"/> Vit seul(e)	<input type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> En milieu familial <input type="checkbox"/> En structure collective
<u>Situation familiale</u>	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf
<u>Mesure de protection juridique</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Mandat de protection future
Tuteur / curateur	Nom :		Prénom :
	Commune		Téléphone
Aides	APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Autre :		
<u>Souhait de chambre</u>	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre double		

<u>Devenir envisagé</u>	<input type="checkbox"/> Retour à domicile souhaité	<input type="checkbox"/> Retour USLD / EHPAD
Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assuré ce projet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<u>Démarches sociales en cours :</u>		
Nom de l'Assistant Social :		Téléphone.....

DONNÉES MÉDICALES DÉTERMINANT L'ORIENTATION

Pathologie principale :

Antécédents médicaux et chirurgicaux:

Motif de transfert en SMR

<input type="checkbox"/> Rééducation	<input type="checkbox"/> Réadaptation	<input type="checkbox"/> Convalescence post chirurgicale
<input type="checkbox"/> Convalescence médicale	<input type="checkbox"/> Séjour de répit	<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie

<u>Statut infectieux</u>	Vaccination COVID <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	BRM /BHRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précision :

Autre :

TRAITEMENTS EN COURS (à compléter ou transmettre copie des ordonnances des traitements en cours)

Nom médicament	Dosage	Posologie	Début	Fin	Durée

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Toilette	Motricité	Alimentation	Incontinence
<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> aide lavabo <input type="checkbox"/> aide douche <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> aide marche <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> cannes <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> levé fauteuil <input type="checkbox"/> alité	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> aide repas <input type="checkbox"/> installation repas Texture : Régime : <input type="checkbox"/> nutrition artificielle Voie :	<input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> stomie urinaire (bricker)
État psychique	État cutané	État Respiratoire	Taille : m Poids : kg
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> confus <input type="checkbox"/> désorienté <input type="checkbox"/> déambulant <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> sain <input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> pansement(s) :	<input type="checkbox"/> oxygène Débit : Équipement :	