

DEMANDE D'ADMISSION UCC SMR :

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

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

Date d'entrée souhaitée :/...../.....

Critères d'admission :

- Patient valide ;
- Patient souffrant d'une démence modérée à sévère ;
- Patient développant au moins un trouble du comportement lié à l'évolution de sa démence.

Critères d'exclusion :

- Pathologie somatique aiguë (syndrome confusionnel aigu, fécalome, infection urinaire, rétention aiguë d'urines, confusion post-opératoire, douleur, déshydratation, etc.).
- Pathologie psychiatrique chronique cohabitant de manière significative.

DEMANDEUR	
Médecin demandeur :	
Téléphone :	Mail :
MEDECIN TRAITANT	
Médecin traitant :	
Téléphone :	Mail :

COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE			
NOM de Naissance :		NOM Utilisé :	
Prénom :		Sexe ☐ F ☐ M	
Né(e) le/...../.....		Âge : ans	
Adresse :			
Ville :		CP :	
Téléphone :		Mail :	
Assuré(e) : Nom :		Prénom :	
Numéro de Sécurité Sociale :			
Caisse (adresse) :			☐ CMU de base
Mutuelle :			☐ Complémentaire CMU
Structure/lieu d'hébergement/hospitalisation actuelle du patient :			
Réfèrent familial Personne à contacter pour cette demande	Lien de parenté	Téléphone	Mail
Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, joindre le document			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	

DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES			
<u>Mode de vie</u>	☐ Vit seul(e)	☐ Avec conjoint	☐ En milieu familial ☐ En structure collective
<u>Situation familiale</u>	☐ Célibataire	☐ Marié(e)	☐ Pacsé(e) ☐ Veuf
<u>Mesure de protection juridique</u>	☐ Oui	☐ Non	☐ En cours
Si oui, laquelle :	☐ Tutelle	☐ Curatelle	☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future
Tuteur / curateur	Nom :	Prénom :	
	Commune	Téléphone	
Aides à domicile	APA ☐ Oui ☐ Non ALD ☐ Oui ☐ Non AAH ☐ Oui ☐ Non		
	Autre :		
<u>Devenir envisagé</u>	☐ Retour à domicile souhaité ☐ Retour USLD / EHPAD		
Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? ☐ Oui ☐ Non			
<u>Démarches sociales en cours :</u>			
Nom de l'Assistant Social : Téléphone.....			

DONNÉES MÉDICALES DÉTERMINANT L'ORIENTATION		
<u>Maladie Neurodégénérative diagnostiquée :</u>		
.....Evoluant		
depuis :.....		
..... Suivie par :		
.....		
<u>Antécédents médicaux et chirurgicaux:</u>		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Le patient est-il valide ?	☐ Oui	☐ Non
Le patient fait-il des chutes ?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il eu des conduites addictives par le passé ?	☐ Oui	☐ Non
Le patient a-t-il été hospitalisé en secteur psychiatrique ?	☐ Oui	☐ Non
Le patient est suivi :	☐ CS mémoire/HDJ	☐ Accueil de jour
	☐ Equipe mobile mémoire	Précisez sur quel site :
	☐ DAC	☐ EMGE
<u>Statut infectieux</u>	Vaccination COVID ☐ Oui ☐ Non	
	BRM /BHRE ☐ Oui ☐ 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
Quel traitement a déjà été essayé pour traiter les troubles psycho-comportementaux et avec quelle efficacité ?					
Avez-vous connaissance d'une hypersensibilité ou d'une mauvaise tolérance aux psychotropes ?		☐ Non	☐ Oui. Lesquels :		
CONTEXTE CLINIQUE DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN UCC SMR					
Symptômes psychologiques et comportementaux motivant l'orientation en UCC (cocher et compléter)					
☐ Anosognosie. ☐ Caractère très fluctuant des troubles. ☐ Dépression. ☐ Anxiété. ☐ Exaltation de l'humeur. ☐ Perturbations émotionnelles (hyperémotivité). ☐ Apathie. ☐ Conduites régressives. ☐ Opposition aux soins. ☐ Agitation. ☐ Instabilité psychomotrice. ☐ Stéréotypies et compulsions (comportement moteur aberrant). Précisez : ☐ Agressivité. Précisez (verbale uniquement, physique, pouvant mettre en danger l'entourage) : ☐ Délire. Précisez (persécution, spoliation) : ☐ Troubles de l'identification. ☐ Hallucinations. Précisez (visuelles, auditives, cénesthésiques) : ☐ Troubles de conduites alimentaires. Précisez : ☐ Inversion veille-sommeil. ☐ Désinhibition. Précisez (verbale, conduites « sexuelles ») : ☐ Autres :					
☐ Souffrance psychologique et/ou spirituelle : ☐ Du patient ou de son entourage ☐ De l'équipe de soin ☐ Problématique sociale ou socio-familiale (isolement, conflits, besoin de rapprochement géographique...). Préciser : ☐ Besoin de répit ☐ Du patient ou de son entourage ☐ De l'équipe de soin ☐ Problématique éthique (demande d'aide à la décision complexe, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), demande d'euthanasie par le patient et/ou sa famille, refus de soins...). Préciser :					

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

ORIENTATION ENVISAGÉE APRES L'HOSPITALISATION EN UCC SMR
☐ Retour à domicile. ☐ Majoration des aides. ☐ Retour à l'EHPAD/EHPA/FL. ☐ Hébergement temporaire. ☐ Placement en EHPAD. ☐ Placement en EHPAD avec unité de vie protégée. ☐ Autres : Des inscriptions en EHPAD ont-elles été faites ? Si oui, à quel EHPAD ?

PIECE A JOINDRE AU FORMULAIRE D'ADMISSION

- Traitements en cours
- Bilan sanguin de moins de 15 jours (NFS, iono, urée, créat, CRP)
- ECBU de moins de 15 jours
- Comptes rendus (neurologue, gériatre, psychiatre, cardiologue, équipe mobile, hospitalisation, scanners, IRM)
- NPI ES (pour les patients venant d'EHPAD) et engagement de l'EHPAD de reprendre son résident à l'issue de l'hospitalisation en UCC