

Hôpital et
résidence de
Bain-de-Bretagne



Fax : 02.99.43.32.60

Référent de la demande

Nom-Prénom :

N° tél :

**Fiche médicale de demande d'admission
en secteur de soins de suite et de réadaptation et HAD**



Demande adressée à (nom établissement destinataire) :

Motif de la demande :

- choix du patient
 proximité géographique famille
 pathologie
 autre (à préciser)

Date d'entrée présumée :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Mutuelle :

Adresse :

Situation familiale : marié veuf célibataire divorcé vie maritale **Vit seul :** oui non

Nom-Prénom du médecin traitant :

Ville :

Renseignements médicaux

Motif d'hospitalisation en court séjour :

Motif médical d'admission en SSR :

➤ Problèmes médicaux actuels :

➤ Projet de soins :

Antécédents majeurs interférant avec l'état actuel ou la prise en charge:

Etat actuel

Etat général : Poids : Taille : Escarres : oui non

Cardio-vasculaire Cardiopathie oui non

Type :

Cardiopathie décompensée oui non

Pulmonaire Dyspnée oui non

Oxygénothérapie oui non

Insuffisance respiratoire chronique oui non

Neurologique Accident vasculaire cérébral Date : oui non

Déficit moteur oui non

Troubles de la déglutition oui non

Troubles de l'équilibre oui non

Troubles du langage oui non

Psychique Troubles de la mémoire oui non

Troubles du comportement oui non

Préciser (agressivité, cris, fugue...) :

Anomalies biologiques à risque ou encore existante :

Traitements en cours >>>> Joindre le double de l'ordonnance de traitement

Nom du patient :

Dépendance fonctionnelle

Niveaux (*)	1	2	3	4	Commentaires
Habillage + toilette					
Déplacement					
Alimentation					
Contenance					
Relation – Communication					
Comportement					

(*) Niveau 1 : indépendance complète Niveau 2 : supervision ou arrangement Niveau 3 : assistance partielle Niveau 4 : assistance totale

Soins requis

Soins infirmiers :

Oxygène au long cours oui non

Sonde gastrique oui non

Sonde urinaire ou KT oui non

Perfusion oui non

HGT oui non

Chimiothérapie : oui non

Pansements : oui non

temps réfection pansement : _____

Fréquence pansement : _____

Stomie urinaire – intestinale oui non

Autre (préciser) :

Mode d'alimentation (hors sonde): normal régime (préciser)

Devenir présumé du patient

Retour A Domicile Sans changement	Retour A Domicile avec aménagement à prévoir	Orientation en établissements d'hébergement	Situation à réévaluer avec patient et famille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Coordonnées entourage familial ou personne ressource :

Patient pris en charge par le Service Social Hospitalier oui non
Si oui nom de la personne référente :

Pièces jointes à la demande :

Evaluation gériatrique Ordonnance CRO Autre (préciser)

Date :

Signature et cachet du **prescripteur**

Le demandeur s'engage à informer l'établissement de soins de suite et de réadaptation de l'évolution de l'état de santé du patient avant son entrée.