

Demande adressée à (nom établissement destinataire) :

Médecin demandeur

Nom-Prénom :

N° tél :

Service :

Motif de la demande :

- évaluation neuropsychologique autre (à préciser)
 soins neuropsychoaddictologiques

Date d'entrée souhaitée :

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 :

Situation vis-à-vis des substances psychoactives :

| | Sevré | Non sevré |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| THC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazépines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Antécédents interférant avec le diagnostic ou la prise en charge:

 **Etat actuel**

Etat général : Poids : Taille :

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...) :

Infection En cours justifiant de mesures d'isolement spécifique oui non

Préciser :

Anomalies biologiques à prendre en compte :

Comportement actuel dans votre service :

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 | | | | | |
| Continence | | | | | |
| 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

Stomie urinaire / intestinale oui non

Chimiothérapie : oui non

Pansements : oui non

Temps réfection : ___ h ___ mn Fréquence :

Perfusion oui non

HGT oui non

Autre soin infirmier (préciser) :

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

Kinésithérapie oui non

Ergothérapie oui non

Orthophonie oui non

Psychothérapie oui non

Préciser intervention paramédicaux ci-dessus ou autre :

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 :

Prise en charge sociale : oui non

Si oui nom de la personne référente :

Pièces jointes à la demande :

Dépistage cognitif : MoCA Béarni

Bilan neuropsychologique : Oui Non

Date, signature et cachet du **prescripteur** :