

**Référent de la demande**

Nom-Prénom :

N° tél :

**Demande adressée à** (nom établissement destinataire) :

**Motif de la demande :**

- choix du patient  pathologie  
 proximité géographique famille  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 :

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

**Autre (préciser) :**

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

**Chimiothérapie :**  oui  non

**Pansements :**  oui  non

temps réfection pansement : \_\_\_\_\_

Fréquence pansement : \_\_\_\_\_

Stomie urinaire – intestinale  oui  non

**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**

Si oui nom de la personne référente :

oui  non

**Pièces jointes à la demande :**

Evaluation gériatrique  Ordonnance  CRO  Autre (préciser)

Date :

Signature et cachet du **prescripteur**