

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

SERVICES DE SSR :

C.H. MORTAGNE

ETABLISSEMENT DEMANDE

Service de Soins de Suite et Réadaptation
Centre hospitalier Marguerite de Lorraine
61400 MORTAGNE AU PERCHE

Personne à contacter :

M. THIEULIN Aurélie Cadre
Tél. 02 33 83 40 77 Fax 02 33 83 42 45

ETABLISSEMENT ET SERVICE DEMANDEURS

DOSSIER MEDICAL CONCERNANT

Mr,Mme,Melle : NOM PRENOM.....

NOM DE JEUNE DE FILLE.....

DATE DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....

N° DE TELEPHONE

SITUATION FAMILIALE Marié Célibataire Veuf Divorcé Autre

PERSONNE A PREVENIR : NOM.....

LIEN DE PARENTE

N° DE TELEPHONE

MEDECIN TRAITANT

ADMISSION A PARTIR DU

AVENIR ENVISAGE A LA SORTIE

(A REMPLIR PAR L'ASSISTANT SOCIAL)

RETOUR AU DOMICILE : OUI NON

INSTITUTION : OUI NON

DEMARCHES ENGAGEES :

ACCORD DU PATIENT : OUI NON

ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SUIVANT LE DOSSIER :.....

N° DE TELEPHONE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(A remplir par le médecin du service demandeur.)

AFFECTION MOTIVANT LA DEMANDE AVEC DATE DE DEBUT

.....
.....
.....

EVOLUTION SUCCINCTE ET ETAT CLINIQUE ACTUEL

.....
.....
.....

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....
.....
.....

Chirurgicaux :

.....
.....
.....

Allergiques :

.....
.....

PORTEUR DE BMR

NON

OUI

Types :

Localisations :

Date des derniers prélèvements :

POIDS

TAILLE

TRAITEMENT DETAILLE (y compris traitement personnel)

PER OS

**MEDICAMENT DOSAGE HORAIRE DUREE
(si prescrite)**

Si traitement anticoagulant :

- Date début

MEDICAMENT DOSAGE HORAIRE

- Dernier contrôle sanguin
- Durée prévisible

AEROSOLS

TYPE
NOMBRE /24h

INJECTABLE

**MEDICAMENT DOSAGE HORAIRE DUREE
(si prescrite)**

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

AUTONOMIE - SOINS

ASPECTS RELATIONNELS

CONSCIENCE ALTEREE	NON	OUI	
DESORIENTATION	NON	OUI	
TROUBLES DE LA MEMOIRE	NON	OUI	
TROUBLES DU LANGAGE	NON	OUI	EXPRESSION COMPREHENSION
AGITATION/AGRESSIVITE	NON	OUI	: JOUR NUIT
RISQUE DE FUGUE	NON	OUI	
RISQUE SUICIDAIRE	NON	OUI	

FONCTIONS SENSORIELLES

VUE	DEFICIENTE	CECITE	LUNETTES
OUIE	DEFICIENTE	SURDITE	PROTHESE

RESPIRATION

OXYGENOTHERAPIE	DEBIT DUREE/ 24 H
TRACHEOTOMIE	REF. DE LA CANULE

LOCOMOTION

<u>TRANSFERTS LIT</u>	SEUL(E)	AVEC 1 PERSONNE	AVEC 2 PERSONNES
	AVEC UN LEVE - PERSONNE		
<u>APPUI</u>	AUTORISE	INTERDIT A DROITE INTERDIT A GAUCHE	
		(REPRISE D' APPUI AUTORISEE LE	
<u>DEPLACEMENTS</u>	MARCHE	SEUL(E)	
		AVEC AIDE	1 PERSONNE 2 PERSONNES
		AVEC SOUTIEN	1 CANNE 2 CANNES
			DEAMBULATEUR
		IMPOSSIBLE	
	FAUTEUIL ROULANT	MANUEL	ELECTRIQUE
		CONDUIT SEUL	OUI NON

ACTIVITES DE LA VIE JOURNALIERE

