

Merci de privilégier le dossier Via Trajectoire afin de faciliter l'acceptation de la demande

DEMANDE D'ADMISSION - Hospitalisation complète Hospitalisation de Jour

VOLET ADMINISTRATIF	
Patient	Médecin
<u>Date d'entrée souhaitée :</u> URGENT <input type="checkbox"/> NOM : NOM de jeune fille : Prénom :	NOM médecin : Téléphone secrétariat : Courriel : Fax : Etes-vous le médecin traitant : Oui / Non Adresse :
PATIENT	
Nationalité : Date de Naissance : Lieu de naissance : Genre : F/M Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf (vé) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Lieu de vie : Domicile / Résidence médicalisé Adresse : Téléphone : Courriel :	N° de sécurité sociale : Caisse Social : ALD 30 : Oui / Non CMU : Oui / Non Mutuelle : Souhait de chambre : 1 lit / 2 lits
Patient(e) est-il (elle) sous protection juridique : Oui/Non Si OUI, coordonnées du responsable légal : Nom : Téléphone : Courriel :	
<u>Personne de confiance</u>	<u>Personne à prévenir</u>
Nom, prénom : Téléphone : Courriel :	Nom, prénom : Téléphone : Courriel :

VOLET MEDICAL - à compléter par le médecin- confidentiel

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques :

Pathologie actuelle principale, motif d'hospitalisation :

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

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

Traitement en cours ou joindre dernière ordonnance :

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

Orientation en Hospitalisation de jour :

Parcours locomoteur Parcours équilibre Parcours santé-nutrition

Taille :

Poids :

Maigrissement récent : oui / non

Régime alimentaire:

Conduite addictive : oui / non

Déficiences sensorielles : oui / non

Si OUI, lesquelles : Visuelle Auditive Gustative Olfactive

Allergies :

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

Conditions vie antérieur à l'hospitalisation :seul avec un tiers aides à domicile : oui non**Orientation après hospitalisation :** retour à domicile établissement de long séjour

Si un placement a déjà été demandé, coordonnées de l'établissement :

.....

SOINS EN COURSPansement : oui (détails)..... non Contention : oui (détails)..... non Sonde à demeure : oui (détails)..... non Troubles mnésiques : oui (détails)..... non Troubles du comportements : oui (détails)..... non Incontinence : oui (détails)..... non Perfusion : oui (détails)..... non Oxygène : oui (détails)..... non Stomie (type) : oui (détails)..... non Escarre : oui (détails)..... non Isolement : oui (détails)..... non Autres : oui (détails)..... non **AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE****Cohérence :** converser et/ ou se comporter de façon censée Oui / Non**Orientation :** se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux Oui / Non**Toilette :** Haut Bas **Habillage :** s'habiller, se déshabiller, seprésenter Haut Moyen Bas **Alimentation :** Se servir Manger **Elimination** Urinaire Fécale **Transfert** se lever, se coucher s'asseoir Avec aide sans aide **Déplacement à l'intérieur :** avec ou sans canne déambulateur fauteuil roulant **Déplacement à l'extérieur :** à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport**Communication à distance :** utiliser le téléphone, sonnette, alarme Oui / Non**LES CONTRES INDICATIONS À LA CONVALESCENCE SONT :**

Les affections mentales non stabilisées / Le refus de soins / L'agressivité (personnel non adapté) / Le risque de fugue (établissement partialement ouvert)