REF : P06.14629

SMR
LES CHÂTAIGNIERS
Groupe Cap Santé

DEMANDE DE PRE-ADMISSION

En vue de l'admission de votre patient, merci de nous retourner ces **2 pages dûment remplies** ainsi qu'une **ordonnance de son traitement en cours** par fax au 04 89 87 39 58 ou par mail à l'adresse : accueil.leschataigniers@capsante.fr

IDENTITE DU PATIENT

Date de la demande : ..... / ..... /.....

Nom : .....
Prénoms : .....
Sexe : □ H □ F
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
Tel : .....
Caisse d'affiliation : .....
N° Immatriculation : .....
Mutuelle : .....
Chambre particulière souhaitée : □ Oui □ Non

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom, prénom du demandeur :
.....
.....
Tel : .....
Signature :

Médecin traitant : .....

Date d'entrée souhaitée : ..... / ..... /.....

CADRE DE VIE AVANT HOSPITALISATION

- Au domicile : □ En couple □ Vit seul □ Autre : .....
- Mesure de protection juridique : □ Oui □ Non
  Si oui : type, personne référente et coordonnées : .....
- Personne à prévenir : nom, téléphone et lien avec patient : ..... ;;.....
.....
- Dispositifs médicaux sociaux existants : □ Aides à domicile □ APA □ Portage des repas □ Téléalarme
  □ IDE-SSIAD-HAD □ CMP □ Autres (préciser) : .....

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

- Motif d'hospitalisation : .....
.....
.....
.....

En cas d'intervention chirurgicale, précisez la date : ..... / ..... /.....

- Antécédents et allergies : .....
.....
.....

- Poids et taille : ..... Surcharge pondérale : □ Oui □ Non
- Projet de soins : □ Rééducation □ Réadaptation □ Convalescence □ Diététique □ Soins palliatifs

Objectifs attendus : .....

.....

AUTONOMIE ET PRISE EN SOINS

- **Comportement :** □ Adapté □ Renfermé □ Agité □ Tendance à crier
- **Communication :** □ Adapté □ Troubles du langage □ Cécité □ Surdité □ Appareillage
- **Orientation :** □ Orienté □ Désorienté □ Déambulant □ Fugueur
- **Toilette / Habillage :** □ Autonome □ Aide partielle □ Aide totale
- **Alimentation :** □ Normale □ Régime : ..... □ Texture : ..... □ Par sonde
- **Prise des repas :** □ Autonome □ Aide partielle □ Aide totale □ Risque de fausses routes
- **Elimination urine :** □ Continent □ Incontinent □ Sonde urinaire, date de pose : ..... / ..... /.....
  □ Stomie, référence : .....
- **Elimination fécale :** □ Continent □ Incontinent □ Stomie, référence : .....
- **Mobilité / transfert :** □ Valide □ Avec aide □ Aide totale □ Fauteuil roulant □ Canne, déambulateur
- **Respiration :** □ Autonome □ Dyspnée □ Trachéotomie □ Appareil d'aide respiratoire
  □ Oxygène Si oui, préciser débit et noms du prestataire : .....

Prise en charge spécifique :

- **Douleur :** □ Pompe à morphine □ Pousse seringue □ Stupéfiant
- **Soins :** □ Perfusion □ Port à cath □ Piccline, date de pose : ..... / ..... /.....

□ BMR, préciser : ..... Si oui, spécifier la mesure de précaution complémentaire : .....

□ Escarre □ Pansement(s) Si oui, spécifier le protocole : .....

- **Matériel :** □ Matelas à air □ Orthèse Si oui, spécifier le type : .....

DEVENIR ENVISAGE APRES LE SEJOUR

□ Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation

□ Dispositifs médico-sociaux nouveaux à prévoir ou à réévaluer pour retour à domicile

□ Aides à domicile □ APA □ Portage des repas □ Téléalarme

□ IDE-SSIAD-HAD □ CMP □ Autres (préciser) : .....

□ Orientation vers une institution d'hébergement adaptée

Cette modification a-t-elle été abordée ? □ Avec le patient □ Avec la famille

Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergements ? □ Oui □ Non

Si oui, lesquelles ? .....

Coordonnées de la personne ayant initiée la démarche : .....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

SMR LES CHATAIGNIERS 199 ROUTE D'AULAS 30120 MOLIERES CAVAILLAC

TEL : 04 67 81 01 51 FAX : 04 89 87 39 58

JOINDRE A CETTE DEMANDE UNE ORDONNANCE DU **TRAITEMENT EN COURS**