

**CSSR LE MYLORD**

Date de la demande : ..... Nom du médecin demandeur : .....  
Date souhaité de l'admission : ..... Coordonnées du médecin demandeur : .....

Motif de la demande : .....

**PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'ADMISSION**

Carte d'identité  
Carte vitale  
Carte de mutuelle (avec prise en charge) ou attestation CMU  
Ordonnance de votre traitement en cours  
Résultats biologiques  
Courrier du médecin adresseur  
S'il y a lieu : compte-rendu d'hospitalisation  
                  compte-rendu opératoire  
                  radiographies

**IDENTITE**

NOM usuel : ..... NOM de naissance : ..... Prénom : .....  
Sexe :     H     F                      Date de naissance : ..... Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

Contacts (NOM – N° de téléphone) :  
Médecin traitant : .....  
Personne à prévenir : .....  
Personne de confiance : .....

**COMPLEMENTS**

N° Sécurité Sociale : ..... Caisse d'affiliation : .....  
Mutuelle : .....

APA :     oui     non  
Mesure de protection juridique :     oui     non  
          si oui, laquelle : .....  
          NOM : ..... Coordonnées : .....  
Commentaires : .....

**DEVENIR**

Domicile     EHPAD     USLD     Foyer-logement     Hébergement famille     Pas d'orientation prévue  
Commentaires : .....

**INFORMATION PATIENT**

Vous indiquez avoir informé :  
 le patient qui est en état de recevoir l'information     le tuteur     la personne de confiance  
 la personne à prévenir les proches présents     autres : .....  
Vous indiquez avoir recueilli l'accord :  
 du patient     du tuteur     de la personne de confiance     des proches présents

**ETAYAGE EN PLACE**

Infirmière libérale :     oui     non    si oui, NOM / Prénom / Fréquence : .....  
Kinésithérapeute libéral :     oui     non    si oui, NOM / Prénom / Fréquence : .....  
Auxiliaire de vie :     oui     non    si oui, NOM / Prénom / Fréquence : .....  
Téléalarme :     oui     non  
Portage des repas :     oui     non

**MODE DE VIE**

Situation matrimoniale :     célibataire     marié(e)     compagnon     divorcée(e)     séparé(e)     veuf(ve)  
Nombre d'enfants : .....  
La personne vit :     seule     en couple     autre, à préciser : .....  
 en maison    si oui : escaliers :  oui     non    monte-escaliers :  oui     non  
 en appartement    si oui : étage : .....    ascenseur :  oui     non

**MEDICAL**

Diagnostic : .....

Antécédents :  
 Médicaux : .....  
 Chirurgicaux : .....

Allergies :  oui  non si oui, lesquelles : .....

Commentaires : .....

Poids : ..... Taille : .....

Traitement en cours : *joindre la dernière ordonnance*

Dialyse :  oui  non si oui, jours et lieu : .....

Chimiothérapie :  oui  non si oui, commentaires : .....

Radiothérapie :  oui  non si oui, commentaires : .....

Ventilation :  autonome  non autonome : à préciser :  oxygène  trachéotomie  VNI  
 aérosols  aspiration

Commentaires : .....

Conduites à risque :  aucune  alcool  tabac  stupéfiants  sevrage

Commentaires : .....

Infections BMR :  oui  non si oui, commentaires : .....

Etat cutané :  bon  mauvais : à préciser :  escarres  ulcères  plaies  rougeurs  matelas anti-escarre

Commentaires : .....

Soins palliatifs :  oui  non si oui, commentaires : .....

**CAPACITES FONCTIONNELLES**

Avant l'hospitalisation : .....

Depuis l'hospitalisation :

Capacités fonctionnelles :  autonome  non autonome : à préciser (*compléter les informations ci-dessous*)

Déplacements :  autonome  aide partielle  aide totale  chutes  
 aides techniques :  fauteuil roulant  déambulateur  rollator  
 cannes anglaises  canne tripode  prothèse/orthèse

Commentaires : .....

Transferts :  autonome  aide partielle  aide totale

Commentaires : .....

Toilette :  autonome  aide partielle  aide totale

Commentaires : .....

Habillage :  autonome  aide partielle  aide totale

Commentaires : .....

Elimination urinaire :  autonome  cathéter sus-pubien  étui pénien  incontinence  
 protection  sonde à demeure  sondage intermittent  stomie

Commentaires : .....

Elimination fécale :  autonome  incontinence  protection  stomie

Commentaires : .....

Alimentation :  autonome  aide partielle  aide totale  troubles de la déglutition  
 nutrition entérale  nutrition parentérale  régime particulier : .....  texture : .....  
 Appareillage(s) : haut :  oui  non / bas :  oui  non

Commentaires : .....

Vision :  normale  altérée  cécité  appareillage(s) :  oui  non

Commentaires : .....

Audition :  normale  altérée  surdité  appareillage(s) :  oui  non

Commentaires : .....

Expression / compréhension :  normale  alt er e  troubles du langage  non francophone  
 troubles de la conscience

Commentaires : .....

Troubles du comportement et cognitif :  oui  non

Si oui, lesquels :  agitation  agressivité  apathie  impulsivité  irritabilité  
 confusion  dépression  anxiété désinhibition  désorientation temporo-spatiale  
 hallucinations  idées délirantes  comportement moteur aberrant  déambulation  
 risque de fugue  risque suicidaire  troubles du sommeil  troubles de l'appétit

Commentaires : .....