

DEMANDE D'ADMISSION

SSR Polyvalent
Troubles cognitifs et du comportement
Soins palliatifs
Etat pauci-relationnel

SERVICE DES ADMISSIONS

☎ 04 92 30 82 11

📠 04 92 32 47 06

Médecin adresseur 📞

Adresse

Coordination des Admissions

Mme BOUXIERES Coralie

cou.accueil@ugecam.assurance-maladie.fr

Email

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

..... 📞

Numéro de Sécurité Sociale :

MOTIFS DE LA DEMANDE

❖ **Intervention(s) chirurgicale(s)** :

❖ **Date** :

❖ **Pathologie médicale** :

Date du début :

Évolution actuelle :

❖ **Pathologie(s) associée(s)** :

Neurologique

Cardio/Pneumo

Psychiatrique.....

Autre(s)

❖ **MOTIF(S) DE L'ADMISSION :**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retour à l'autonomie | <input type="checkbox"/> Réadaptation appareil locomoteur |
| <input type="checkbox"/> Troubles comportementaux et cognitifs | <input type="checkbox"/> Onco-gériatrie |
| <input type="checkbox"/> Séjour de répit | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Etat pauci-relationnel |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

→→TSVP

ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT LORS DE LA DEMANDE

❖ **ÉTAT INFECTIEUX :**

- Germe(s) :
- Localisation(s) :
- Traitement(s) :
- **Nécessité d'isolement :** OUI NON

❖ **PRESENCE D'ESCARRES :** OUI NON

- Localisation(s) :

❖ **DEPENDANCE :**

Compréhension	Comportement	Incontinence urinaire	Incontinence fécale
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Coopérant	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle
<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Oppositionnel	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure	

	Habillage	Toilette	Alimentation	Déplacements
Autonome				
Aide partielle				<input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur
Aide totale				<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant

Régime : **Texture :** **Sonde de nutrition :**

Troubles de la déglutition :

Poids : **Taille :**

❖ **TRAITEMENTS MEDICAUX :** Merci de joindre une ordonnance du traitement en cours

❖ **ENTOURAGE FAMILIAL PRESENT :** OUI NON **TEL :**

❖ **DATE D'ENTREE SOUHAITEE :**

❖ **DUREE DU SEJOUR PREVUE :**

❖ **DEVENIR PREVU A LA SORTIE DU SSR :** Retour à domicile Famille Placement

Date : **Signature et Tampon:**