



Centre le Vallespir

Centre de Soins Médicaux et de réadaptation

230, Rue de la méditerranée

66160 LE BOULOU

FAX : 04 68 83 70 23

Secrétariat médical : 04 68 83 70 44

Cadre de santé : 04 68 83 70 67

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom de l'établissement :

Service :

Téléphone : Fax :

Médecin référent : Téléphone :

INFORMATIONS PATIENT

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse :

Téléphone :

N°d'immatriculation :

Organisme d'affiliation:

Conditions de vie antérieures à l'hospitalisation dans votre établissement :

Seul, à domicile En famille En institution

Souhaits du patient :

Souhaits de l'entourage :

Démarches sociales entreprises :

Nom de l'assistante sociale :

[qui suit le dossier](#)

Téléphone :



OBJECTIF DU SEJOUR

Soins de Suite Motif du séjour :

Soins Palliatifs Décision commission pluridisciplinaire ? Oui Non

INFORMATIONS MÉDICALES

Histoire de la maladie

Date d'entrée dans l'établissement demandeur :

Si intervention, date d'intervention :

Suites simples : Oui Non

Suivi programmé :

Consultation :

Chimiothérapie Radiothérapie Hospitalisation

Examens complémentaires :

RCP :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Poids : kg

Taille : cm

IMC :

Antécédents :

-
-
-

Infection : Non

Oui

- Germe :
- Site :
- Traitement :
- Date de début :

BMR : Non

Oui

- Germe :
- Site :
- Traitement :
- Date de début :

Traitement en cours :

PER OS	INJECTABLE

Oxygène : Oui Non Débit : Durée/24h :

Autonomie du patient :

- Etat général : Bon Moyen Altéré
- Toilette : Seul Avec aide Lit
- Marche : Seul Avec aide fauteuil Lit
- Comportement : Orienté DTS Fugue Agité
- Elimination : Continent Péniflow Change complet
- Stomie Sonde vésicale : date de pose :

Alimentation :

- Seul : Oui Non
- Régime : Oui Non
- Troubles du comportement alimentaire : Oui Non

Si oui, quel type ?

- Nutrition entérale : - Per os : Oui Non
- - Gastrostomie : Oui Non
- - Jéjunostomie : Oui Non
- Nutrition parentérale : Oui Non

Soins :

- Pansement : Non Oui

Localisation : Type :

- Perfusion : Oui Non

Si oui VVC Chambre implantable KT périphérique

- Besoins complémentaires (Kiné...) :

Préciser

.....

.....

Date :

Fonction :

Signature

DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE

selon l'art, 1111-6 du code santé publique

Vous êtes admis en hospitalisation au centre de soins de suite «LE VALLESPIR» **La loi du 4 mars 2002** vous donne la possibilité lors de chaque hospitalisation de nommer une personne de confiance, celle-ci peut être un membre de ma famille, un ami ou le médecin traitant. A votre demande, elle vous accompagnera dans vos démarches au centre, pourra assister aux entretiens médicaux, et vous aider dans vos décisions médicales.

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et ce en dehors des situations d'urgence, elle pourra être consultée par l'équipe médicale, exprimera vos souhaits et recevra les informations médicales.

Vous devez obtenir son accord et l'informer que ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et informatique.

Vous restez libre dans votre décision et pouvez à tout moment la révoquer.

Je, soussigné(e):(nom, prénom, date de naissance)

.....
Hospitalisé(e) au centre CSSR Le Vallespir au Boulou, déclare être majeur et avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

L'état du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je désire désigner comme personne de confiance

Précisez: Famille, ami, médecin traitant, je l'ai informé de sa désignation comme personne de confiance:

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse :

Téléphone :

Fait le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en utilisant la zone ci-après :

Révocation de la personne de confiance

Fait-le : Signature du patient :