GROUPE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

Dossier Demande Admission en Hospitalisation Complète
Au CRRF « LE BOURBONNAIS » de BOURBON LANCY

IDENTITE

NOM Prénom (Age) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Demande d'admission : Faite le : ..... Souhaitée pour le : .....

Prescripteur : ..... Téléphone : .....

VOLET MEDICAL

Pathologie principale : ..... Date de début : .....

Antécédents médicaux : .....

.....

.....

.....

Poids : ..... **Taille** : ..... **IMC** : .....

Traitement : Merci de joindre une ordonnance récente

Motif de la demande d'admission / Objectifs de rééducation : .....

.....

.....

.....

VOLET SOINS ET INDEPENDANCE

Ventilation : ☐ Non appareillé , ☐ Appareillé : .....

Etat cutané : ☐ Plaie et pansements ☐ Escarres localisation : ..... temps de soin : .....

Appareillage : ☐ Prothèse ☐ Orthèse ☐ Autre : .... localisation : .....

Déplacement : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

☐ *Canne anglaise,* ☐ *Déambulateur,* ☐ *Fauteuil roulant* ☐ *Lit strict*

Transfert : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

☐ *Humaine ,* ☐ *Lève malade ,* ☐ *Matelas de transfert*

Faire sa toilette :

Du Haut : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Du Bas : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Intime : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Aller aux toilettes : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Elimination urinaire : ☐ Continent, ☐ Incontinent

☐ *Protection,* ☐ *Etui pénien,* ☐ *Sondages intermittents,* ☐ *SAD,* ☐ *Cystocath,* ☐ *Stomie d'élimination urinaire*

Elimination fécale : ☐ Continent, ☐ Incontinent

☐ *Protection,* ☐ *Stomie d'élimination digestive*

Habillage

Du Haut : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Du Bas : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète

Alimentation : ☐ Autonome, ☐ Aide partielle , ☐ Aide complète ☐ Trouble de la déglutition

Communication :

Langage ☐ Normal, ☐ Altéré ,

Compréhension ☐ Normale, ☐ Altérée

Autres : ☐ Trouble de la conscience , ☐ Trouble de l'humeur, ☐ Trouble cognitif ou comportemental

VOLET SOCIAL ET ADMINISTRATIF

Le patient vit : ☐ seul, ☐ en couple, ☐ avec des enfants

Profession : .....

Mesure de protection Juridique : ☐ Aucune ☐ Sauvegarde de Justice, ☐ Curatelle, ☐ Tutelle

Nom du médecin traitant si différent du médecin prescripteur : .....

Intervenant avant hospitalisation :

☐ Aide ménagère :

☐ Aide soignante :

☐ IDE :

☐ Kinésithérapeute :

☐ Autres :

Devenir du patient après hospitalisation:

☐ Retour à Domicile

☐ Institutionnalisation avec Demande ☐ *Validée,* ☐ *en cours,* ☐ *non faite*

☐ Non défini