

## HOSPITALISATION COMPLETE

### DOSSIER DE DEMANDE DE PRE-ADMISSION A COMPLETER PAR LE PATIENT

#### IDENTIFICATION DU PATIENT :

NOM : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 ..... Téléphone : .....  
 E-mail : ..... Numéro Sécurité Sociale : .....  
 Mutuelle : ..... Numéro d'adhérent : .....  
 Personne à prévenir : .....  
 Chambre particulière souhaitée :       OUI       NON

Si le patient ne réside pas dans le département des Alpes-Maritimes et vient du domicile ou ne dépend pas du régime général, veuillez demander une entente préalable pour la prise en charge de la Sécurité Sociale.

### DOSSIER DE DEMANDE DE PRE-ADMISSION A COMPLETER PAR LE MEDECIN

prévoir le bon de transport

NOM - Prénom médecin traitant ou adresseur : ..... Téléphone : .....  
 Diagnostic : ..... Date d'intervention : .....  
 Date d'admission souhaitée : .....

#### MOTIF DE LA DEMANDE :

#### Antécédents :

	Poids :
	Taille :
	Age :

#### Traitement médical en cours :

#### Objectifs du séjour :

Allergies : .....

Portage BMR :       OUI       NON      Site d'infection : ..... Type de PCH.....

Portage BHRe :       OUI       NON

**SITUATION SOCIALE AVANT L'HOSPITALISATION :**

- Seul (e)                       En couple                       Autre (à préciser).....
- Aide-ménagère                       Auxiliaire de vie                       Repas à domicile     HAD
- Sous tutelle                      Nom du tuteur : .....                      Téléphone tuteur : .....

**DEVENIR A LA SORTIE**

- Retour domicile                       Long séjour                       Autre (à préciser)

**EVALUATION DE L'AUTONOMIE ACTUELLE DU PATIENT**

**Marche :**     seul                       avec canne     avec déambulateur     aide humaine                       levé au fauteuil                       alité

**Transfert :**     seul                       à stimuler     besoin d'aide                       lève-malade

**Déplacement à l'intérieur :**     sans aide     aide partielle     aide totale     FR manuel                       FR électrique

**Déplacement à l'extérieur :**     sans aide     aide partielle     aide totale     FR manuel                       FR électrique

**Alimentation :**     seul     aide partielle     aide totale     stimulation     trouble déglutition     alimentation parentérale

Régime médical : .....

Régime non médical : .....

**Hygiène :**     seul                       aide partielle                       aide totale     à la douche                       au lavabo                       au lit

**Elimination :**

Incontinence urinaire    Jour     OUI                       NON                      Nuit :     OUI                       NON

Incontinence fécale    Jour     OUI                       NON                      Nuit :     OUI                       NON

Incontinence nuit                       OUI                       NON

Sonde :                       OUI                       NON

**Respiration :**     normale     oxygène (litre/minute :.....)     Trachéotomie                       Appareillage.....

**Comportement :**     adapté     agité                       anxiété                       dépression     troubles du comportement

**Orientation :**     normale     désorienté     confus                       risque de fugue

**Etat sensoriel :**

Vue :                       bon                       moyen                       faible                       appareillage

Ouïe :                       bon                       moyen                       faible                       appareillage

Communication :     bon                       moyen                       faible                       troubles du langage .....

**Etat cutané :**

Escarres    Localisation : .....

Plaies (préciser) : .....

Pansements (protocole et temps de soins) : .....

Date : .....                      Signature du médecin : .....