

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

A retourner complété par mail, fax, ou voie postale

PIECES A FOURNIR LA VEILLE DE L'ADMISSION :
Justificatif d'identité avec photo (recto-verso), carte vitale et carte mutuelle

Etablissement demandé : Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation CSMR Le Parc 32 avenue du Docteur Joly 61140 Bagnolles de l'Orne Admissions : Tel : 02.33.30.32.88 Fax : 02.33.30.31.56 Mail : christelle.berson@ugecam.assurance-maladie.fr	RESERVE AU CSMR LE PARC Admission : ☐ oui ☐ non Service : ☐ polyvalent ☐ gériatrique Chambre seule : ☐ oui ☐ non Commission d'admission : ☐ oui ☐ non Si oui : date ____/____/20____ Nom du médecin donnant l'accord : Date accord : ____/____/20____ Signature du médecin :
---	--

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

DOSSIER MEDICAL CONCERNANT

Mr, Mme, Melle : NOM D'USAGE PRENOM.....

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE ____/____/____

ADRESSE

N° DE TELEPHONE

SITUATION FAMILIALE Marié ☐ Célibataire ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Autre ☐

PERSONNE A PREVENIR : NOM PRENOM

LIEN DE PARENTE

N° DE TELEPHONE

PERSONNE DE CONFIANCE : NOM PRENOM

LIEN DE PARENTE

N° DE TELEPHONE

LE PATIENT A REDIGE DES DIRECTIVES ANTICIPEES : OUI ☐ NON ☐

MEDECIN TRAITANT

NOM PRENOM

ADRESSE

TELEPHONE

ADMISSION A PARTIR DU ____/____/____

CHAMBRE SEULE SOUHAITEE

OUI ☐ NON ☐

AVENIR ENVISAGE A LA SORTIE

(A REMPLIR PAR L'ASSISTANT SOCIAL)

RETOUR AU DOMICILE : OUI ☐NON ☐INSTITUTION : OUI ☐NON ☐

DEMARCHES ENGAGEES :

.....

.....

.....

ACCORD DU PATIENT : OUI ☐NON ☐

NOM DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SUIVANT LE DOSSIER :

N° DE TELEPHONE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A remplir par le médecin du service demandeur)

AFFECTION MOTIVANT LA DEMANDE AVEC LA DATE DE DEBUT

.....

.....

.....

EVOLUTION SUCCINCTE ET ETAT CLINIQUE ACTUEL

.....

.....

.....

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

Allergiques :

.....

.....

PORTEUR DE BMRNON ☐OUI ☐

Si oui : Types :

Localisations :

Date des derniers prélèvements :

POIDS

_____ kg

TAILLE

_____ cm

TRAITEMENT DETAILLE (y compris traitement personnel)

PER OS

Médicament	Dosage	Horaire	Durée (si prescrite)

Si traitement anticoagulant : Date début : __/__/__

Médicament	Dosage	Horaire

- Dernier contrôle sanguin :

- Durée prévisible :

AEROSOLS

TYPE :

NOMBRE /24H :

INJECTABLE

Médicament	Dosage	Horaire	Durée (si prescrite)

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

ASPECTS RELATIONNELS

CONSCIENCE ALTEREE NON ☐ OUI ☐

DESORIENTATION NON ☐ OUI ☐

TROUBLES DE LA MEMOIRE NON ☐ OUI ☐

TROUBLES DU LANGAGE NON ☐ OUI ☐ EXPRESSION ☐
COMPREHENSION ☐

AGITATION/AGRESSIVITE NON ☐ OUI ☐ : JOUR ☐
NUIT ☐

RISQUE DE FUGUE NON ☐ OUI ☐

RISQUE SUICIDAIRE NON ☐ OUI ☐

FONCTIONS SENSORIELLES

VUE DEFICIENTE ☐ CECITE ☐ LUNETTES ☐
OUIE DEFICIENTE ☐ SURDITE ☐ PROTHESE ☐

RESPIRATION

OXYGENOTHERAPIE ☐

DEBIT :

DUREE/ 24 H :

TRACHEOTOMIE ☐

REF. DE LA CANULE :

LOCOMOTION

TRANSFERTS LIT : SEUL(E) ☐ AVEC 1 PERSONNE ☐ AVEC 2 PERSONNES ☐ AVEC UN LEVE – PERSONNE ☐

APPUI : AUTORISE ☐ INTERDIT A DROITE ☐ INTERDIT A GAUCHE ☐ (REPRISE D' APPUI AUTORISEE LE)

DEPLACEMENTS : MARCHE : SEUL(E) ☐

AVEC AIDE 1 PERSONNE ☐ 2 PERSONNES ☐

AVEC SOUTIEN 1 CANNE ☐ 2 CANNES ☐

DEAMBULATEUR ☐IMPOSSIBLE ☐

FAUTEUIL ROULANT : MANUEL ☐ ELECTRIQUE ☐

CONDUIT SEUL : OUI ☐ NON ☐

ACTIVITES DE LA VIE JOURNALIERE

HYGIENE CORPORELLE : SEUL(E) ☐ AIDE PARTIELLE ☐ AIDE TOTALE ☐

HABILLAGE / DESHABILLAGE : SEUL(E) ☐ AIDE PARTIELLE ☐ AIDE TOTALE ☐

ALIMENTATION

REGIME

NON ☐

OUI ☐

PRECISEZ :

MANGE / BOIT

SEUL(E) ☐

AIDE PARTIELLE ☐

AIDE TOTALE ☐

PREPARATION :

NORMALE ☐

HACHEE ☐

MIXEE ☐

FAUSSES ROUTES :

AUX SOLIDES ☐

AUX LIQUIDES ☐

SONDE D'ALIMENTATION :

SNG ☐

GASTROSTOMIE ☐

PRODUIT :

CALORIES/24 H :

NUTRIPOMPE :

NON ☐

OUI ☐

APPAREIL DENTAIRE :

NON ☐

OUI ☐

ELIMINATION

URINES

CONTINENCE ☐

INCONTINENCE :

JOUR ☐

NUIT ☐

SONDE A DEMEURE ☐

SONDAGES INTERMITTENTS ☐

(Changée ou posée le)

STOMIE :

NON ☐

OUI ☐

SELLES

CONTINENCE ☐

INCONTINENCE :

JOUR ☐

NUIT ☐

STOMIE :

NON ☐

OUI ☐

SOINS PARTICULIERS

PANSEMENTS

LOCALISATION :

PROTOCOLE :

ESCARRES

LOCALISATION :

ETENDUE (Surface approximative) :

STADE :

PROTOCOLE :

(Patient à risque d'escarre : FAIBLE ☐ MOYEN ☐ FORT ☐)

AUTRE :

DUREE QUOTIDIENNE DES SOINS PARTICULIERS :

NOM/PRENOM :

DATE :

FONCTION :

SIGNATURE :