

Demande d'inscription au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Kerampir

(toute demande doit être dûment complétée)

N° fax : 02 98 34 59 77

I – IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR

Date d'admission souhaitée en SSR/HAD : .././....

Etablissement : Service :

Coordonnées du :	Nom	☎	Fax ☎
MEDECIN prescripteur			
Cadre de santé			
IDE			

II – IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM :

PRENOM :

Nom de jeune fille :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Date de Naissance : .././....

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ PACS ☐ vie maritale

Adresse : n° Rue : code postal : Ville :

Tél :

Identifiant National de Santé (INS) :

Caisse d'affiliation :

N° De SECURITE SOCIALE :

Mutuelle : ☐ AT date : .././.... ☐ Maladie prof. date : .././....

Admission en rapport avec une ALD : ☐ Oui ☐ Non

MEDECIN TRAITANT : Ville :

Nom – prénom de la personne de confiance : ☎ :

Nom – prénom de la personne à prévenir : lien de parenté :

Adresse de la personne à prévenir : Ville :

☎ fixe : ☎ portable :

III – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Date d'hospitalisation : .././....
- Motif médical de l'hospitalisation en court séjour :
- Diagnostic :
☐ Patient informé du diagnostic ☐ famille informée du diagnostic

- Problème médicaux actuels :
.....

- INTERVENTION ou exploration invasive :

Nature : Date :

- Objectif du séjour en SSR ou en HAD

- ☐ Poursuite de soins médicaux
- ☐ Rééducation / réadaptation
- ☐ Plan d'aide à réévaluer
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Autre à préciser :

- Projet de soins :
.....

Commentaire(s) :

Demande d'inscription au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Kerampir

(toute demande doit être dûment complétée)

N° fax : 02 98 34 59 77

- Mode d'hospitalisation envisagé : ☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation de jour
- Antécédents médicaux et chirurgicaux significatifs :
- Traitements pharmaceutiques en cours : (Pour information du service receveur, ne constitue pas une prescription) :
- Traitement à délivrance hospitalière :

IV - BILAN D'AUTONOMIE à l'INSCRIPTION en SSR ou HAD

	A	B	C	A = Autonome, B = Fait partiellement, C= dépendance totale
Mobilisation, locomotion :				☐ Appui non autorisé (durée :.....) ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Verticalisateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Matériel :
Déplacement Intérieur				☐ Risque de chute ☐ Trouble de l'équilibre
Transfert Lit fauteuil				☐ Lève malade ☐ Sans appui (durée :)
Motricité				☐ hémiplégie ☐ tétraplégie ☐ Paraplégie ☐ Autre :
Fonctions cognitives				☐ Aphasie ☐ Apraxie ☐ Troubles de la mémoire ☐ Autre :
Toilette :				☐ Haut ☐ Bas Nbr d'aidants :
Habillage :				☐ Haut ☐ Bas Nbr d'aidants :
Continence : - Urinaire - fécale				Protections : ☐ Jour ☐ Nuit
Alimentation				Prothèse dentaire : ☐ Haut ☐ Bas Type de régime : Troubles de déglutition : ☐ Oui ☐ Non Poids : IMC :
Comportement				☐ Désorientation ☐ Opposition ☐ Troubles cognitifs ☐ Agressivité ☐ Troubles du sommeil ☐ Risque de fugue ☐ Cri ☐ Déambulation ☐ Refus de soin ☐ Contention prescrite
Cohérence				☐ Troubles du langage
Communication				
Handicap associé				☐ Mal voyant ☐ Mal entendant ☐ Autre :

Autres observations :

Demande d'inscription au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Kerampir

(toute demande doit être dûment complétée)

N° fax : 02 98 34 59 77

V - Soins infirmiers requis

☐ Trachéotomie	☐ aspiration trachéales	☐ Oxygène au long cours
Ventilation	☐ O ² (débit :)	☐ Aérosol
	☐ Non invasive	☐ En pression positive continue
☐ Chimiothérapie	☐ Pansements, Type :	
☐ Radiothérapie		
☐ Dialyse	Temps réfection pansement :	
	Fréquence pansement :	
	Localisation :	
☐ Sonde gastrique ou GPE		
☐ Alimentation parentérale	☐ Alimentation entérale par sonde	
☐ Mode d'alimentation (hors sonde) : ☐ normal ☐ dénutrition		
☐ Glycémie capillaire		
☐ Stomie intestinale		
☐ Sonde urinaire ou KT	☐ Escarre(s)	Localisation :
☐ Stomie urinaire	☐ Matelas anti escarre	Type de matelas :
Perfusion :		
☐ Sous cutanée		
☐ Intra veineuse		
☐ Voie veineuse (PICC/PAC/KTC)	type :	
☐ Chambre implantable		
Statut infectieux : ☐ BMR Localisation :		
☐ chambre seule (souhait du patient)		
☐ Indication médicale pour chambre individuelle ☐ fin de vie ☐ autre :		
Commentaires éventuels :		
.....		

VI – DEVENIR DU PATIENT

- Volet social

Contexte de vie du patient avant son hospitalisation:

- ☐ Domicile
- ☐ Vit seul
 - ☐ présence d'un conjoint
 - ☐ proximité enfants/ vit en Famille
 - ☐ Autre :
- ☐ Structure hébergement (à préciser) :
- ☐ Autre situation :

Aides en place avant hospitalisation : ☐ infirmière ☐ aide à domicile ☐ famille sur place ☐ autre :

☐ Protection Juridique

Tutelle : Nom – prénom : ☎ :

☐ Plan d'aide

☐ Patient pris en charge par le service social hospitalier

Si oui, nom, adresse, téléphone et e-mail de l'assistante sociale :

☐ Dossier EHPAD envisagé

Commentaires :

Demande d'inscription au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Kerampir

(toute demande doit être dûment complétée)

N° fax : 02 98 34 59 77

- Orientation envisagée après le SSR ou après HAD *(au moins un critère doit être sélectionné)*

Retour à domicile sans changement	Retour à domicile avec aménagement et / ou aide à prévoir	Orientation en établissements d'hébergement définitif	Orientation en établissements d'hébergement temporaire	Situation à réévaluer avec patient et famille	HAD	Autre situation
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Démarches en cours et commentaires :

Pièces jointes à la demande d'admission :

☐ Evaluation gériatrique
 ☐ Ordonnance
 ☐ CR
 ☐ Autre (à préciser) :

Date :/..../....

Prescripteur :

- ✓ Le demandeur s'engage à informer l'établissement de soins de suite et de réadaptation ou d'HAD de l'évolution de l'état de santé du patient avant son entrée.
- ✓ Merci de prévenir le patient et son entourage que la durée du séjour en SSR ou HAD est nécessairement limitée en fonction de la pathologie et de l'évolution de celle-ci durant son hospitalisation