

Parcours Patient



SSR LA PETITE PAIX

DEMANDE D'ADMISSION

DOCSERV-SECR04

2 Pages

Dernière modification : 07/09/2021
Durée de diffusion : 07/09/2021

Concerne : Tout le personnel
Format papier : Classeurs qualité

DISPOSITIF D'ACCUEIL DU PATIENT

Rédigé par
S.BIAU (RAQ)

[Signature]

Vérifié par
S. ESCUSOL (Responsable Service Administratif)

[Signature]

Validé par
G.DESMOULINS (Médecin Chef)

[Signature]

SMR LA PETITE PAIX

Rue Bellevue - 34240 Lamalou-les-Bains
Tél : 04-67-23-53-53 / Fax : 04-67-23-53-67

Mode d'Hospitalisation

Temps Complet Temps Partiel
Neurologie [] Locomoteur [] Locomoteur []

(Nous priorisons l'hospitalisation à Temps Complet puis passage à Temps Partiel)

Form fields for patient information: Nom, Prénom, Date et lieu de naissance, Adresse, N° d'assuré social, Caisse d'affiliation, Caisse complémentaire, Médecin traitant, Tél., Fax.

Personne(s) à prévenir : _____ Tél. : _____

Personne demandant le placement

Form fields for placement request: Nom, fonction, Tél., Chirurgien / Service / Établissement, Date d'admission souhaitée, Chambre particulière (Oui/Non), Date d'entrée proposée, Date d'entrée effective.

Cadre de vie avant hospitalisation

Form fields for living conditions: Au domicile (En couple, Vit seul(e), Autre), En institution (Oui/Non), Voisinage/Proches (Entouré(e), Isolé(e)), Mesure de protection juridique (Oui/Non), Coordonnées du tuteur, Dispositifs médicaux sociaux existants (Aide(s) à domicile, APA, Portage des repas), Télé Alarme, IDE-SSIAD-HAD, CMP, Autres.

Diagnostic motivant la demande de placement

Form fields for diagnosis: Date début de l'affection, Date intervention.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Form fields for medical history: Sur-Poids (Oui/Non), Allergie(s) (Oui/Non).

STATUT INFECTIEUX ET VACCINAL COVID-19

Cycle vaccinal : [] Non débuté [] En cours [] Complet [] Refus ou contre-indication

PATIENT : Nom / Prénom : _____

Bilan de l'autonomie

- ♦ **Comportement** : Adapté Renfermé Agité Tendance à crier
- ♦ **Communication** : Adapté Troubles du langage Cécité Surdité Appareillage
- ♦ **Orientation** : Orienté Désorienté D ambulant Fugueur
- ♦ **Toilette/Habillage** : Autonome Aide Partielle Aide Totale
- ♦ **Prise des repas** : Autonome Aide Partielle Aide Totale
- ♦ **Elimination Urine** : Continent Incontinent Sonde urinaire Stomie
- ♦ **Elimination Fécale** : Continent Incontinent Stomie
- ♦ **Alimentation** : Normale Régime : Texture : Par sonde
- ♦ **Respiration** : Autonome Dyspnée Oxygène Trachéotomie Appareil d'aide respiratoire
- ♦ **Mobilité/Transfert** : Valide Avec Aide Aide Totale F. Roulant Canne/Déambulateur

Prise en charge spécifique : Oui Non

- ♦ **Douleur** : Pompe   Morphine Pousse seringue Stupéfiant
- ♦ **Soins** : Perfusion Port à cath BMR Escarres Pansements
- ♦ ** valuation gérontologique** : Oui Non

Traitement médicamenteux en cours

- ♦ : ♦ : ♦ : ♦
- ♦ : ♦ : ♦ : ♦
- ♦ : ♦ : ♦ : ♦
- ♦ : ♦ : ♦ : ♦

Devenir envisagé après le séjour

- Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation
- Retour domicile avec aide : Oui Non
- Dispositifs médico-sociaux nouveaux   prévoir ou à r evaluer pour retour à domicile
- Aide(s)   domicile APA Portage des repas
- Télé Alarme IDE-SSIAD-HAD CMP Autres (préciser)
- Orientation vers une institution d'hébergement adaptée
- Cette modification a-t-elle été abordée ? Des démarches ont-elles été effectuées après de
- Avec le patient Structures d'hébergement ? Oui Non
- Avec la famille Si oui, lesquelles ?

Coordonnées de la personne et/ou du service social ayant initié la démarche :

Lors de son admission, le patient devra remettre

- une lettre de son Médecin traitant - de son Chirurgien
- une ordonnance récente du traitement médicamenteux en cours
- les résultats des derniers examens complémentaires pratiqués (radiographies, analyses et autres)

- Avis du Médecin du Centre : Oui Non
- En cas de refus, indiquer le motif** : Inadéquation à la structure manque de lit
- Fiche incomplète Attente de placement médico-social autres raisons

Date de la demande :

Signature du Médecin adresseur

Signature du Médecin du Centre