

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

ETABLISSEMENT ET SERVICE DEMANDEUR :

Date de l'hospitalisation :

Date de l'intervention :

Date de demande de transfert :

Date souhaitée du transfert :

Nom du médecin traitant

 :

IDENTITE DU PATIENT OU ETIQUETTE

NOM :
NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :
TEL. DOMICILE :

N° Sécurité Sociale :

Nom de l'assuré :

Coordonnées de la caisse :

Coordonnées de la mutuelle :

Prise en charge à 100 % ?

Prise en charge chambre particulière ?

CONTEXTE SOCIAL

Avant hospitalisation - personne vivant :

seule à domicile

avec accompagnant : conjoint enfant aide

en institution

en famille d'accueil

Après hospitalisation - devenir envisagé :

seule à domicile

avec accompagnant : conjoint enfant aide

en institution

en famille d'accueil

Si un placement est envisagé, les démarches ont-elles été faites ? oui non

Dans quels établissements ? :

Le malade est-il informé des démarches entreprises ? oui non

Personnes à prévenir :

- Tél. : Lien de parenté :

- Tél. : Lien de parenté :

NOM :**PRENOM :****CONTEXTE MEDICAL**

1 - Motif de l'hospitalisation, diagnostic et pathologies associées :

2 - Antécédents principaux :

3 - Traitement :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Nuit

4 - Douleur :

oui

non

Si oui, évaluation EVA-Doloplus : **OBJECTIFS DU SEJOUR EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION**

Suivi clinique et thérapeutique - soins palliatifs
Réadaptation traumatologique - neurologique
Prise en charge pathologie psychogériatrique
Raisons médico-sociales (retour à domicile difficile, faillite du soutien des accompagnants)
Attente prise en charge en institution

Particularités

Nécessité chambre particulière ?
Pour quelles raisons ?

oui

non



NOM :

PRENOM :

Appui autorisé si non à quelle date ?
 Risque de chute Escarres constituées
 Présence de germe(s) multi-résistants le(s)quel(s) ? site ?

Appréciation par le personnel soignant de l'autonomie de la personne soignée :

→ Autonomie pour les actes de la vie quotidienne :

Mettre une croix dans la case correspondante

	Autonomie	Aide partielle	Aide totale
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Locomotion			

	Continent	Incontinence occasionnelle	Incontinent
Urine			
Selles			

→ Fonctions cognitives :

	Normale	Partielle	Impossible
Compréhension			
Orientation			
Expression			

Capacité à alerter un aide soignant oui non

→ Troubles du comportement :

Agitation-agressivité Errance
 Risque de fugue Autres

→ Dépendance technique :

Aspiration trachéo-bronchique nocturne Respirateur
 Trachéotomie
 Sonde urinaire Oxygénothérapie
 Sonde nasogastrique Gastrostomie
 Stomie laquelle :
 Cathéter sus-pubien Chambre implantable
 Matelas anti-escarre
 Déambulateur Fauteuil roulant
 Perfusion Matériel d'assistance respiratoire

Nom du médecin :

Date, signature et cachet du service :