



1, avenue du professeur Alexandre Minkowski
 B.P. 70560
 37175CHAMBREY-LES-TOURS Cedex
 Tél : 02 47 222 191
 Fax : 02 34 37 44 00
 Courriel : ssr@pslv.fr

Médecin demandeur :

N° de téléphone :

N° de fax :

Courriel :

Date de la demande :

par :

Date d'admission souhaitée :

Soins de suite et réhabilitation respiratoire :

Accepté le : par :

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Fiche jointe pour Caisse Mutuelle

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Téléphone :

Personne de confiance :

Téléphone :

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf (ve) séparé(e) autre :

Situation sociale : Profession : Salarié Invalidité Retraité Chômage RMI Autre

Protection juridique : non sauvegarde de justice curatelle tutelle

Médecin traitant : Coordonnées :

Type de chambre : chambre seule chambre à deux lits

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Histoire de la maladie récente :

Objectif de la réhabilitation :

Motif de la demande : Réhabilitation respiratoire Restauration autonomie fonctionnelle
 Inter cure chimiothérapie Inter cure radiothérapie
 Suite intervention viscérale Autre :

Antécédents significatifs : Hypertension artérielle Insuffisance cardiaque (stade NYHA)
 Troubles du rythme Diabète type 1/type 2
 Coronaropathie Tabac
 Autre :

Tous les traitements (nom/posologie) :

Désignation et Posologie	m	m	s	n

L'état de santé du Patient lui permet-il d'effectuer un ENTRAÎNEMENT à l'exercice ? OUI NON (réponse obligatoire)

SOINS

Soins infirmiers :

Autres intervenants :

BILAN DEPENDANCE

1 : Autonome / 2 : Assistance partielle, supervision d'un tiers / 3 : Assistance partielle, contact avec un tiers / 4 : Assistance totale

Toilette/Habillage	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Autre pansement
Continence urinaire	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne
Continence fécale	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> Nocturne
Déplacement /Locomotion	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Cannes anglaises <input type="checkbox"/> Canne simple <input type="checkbox"/> Bas/bandes à varices
Comportement Sociabilité, capacité à s'entendre/Intégration dans le groupe/capacité à participer aux activités collectives	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agitation/Agressivité <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété
Relation communication Compréhension verbale, visuelle et auditive	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> S'exprime mal en français <input type="checkbox"/> Comprend mal le français <input type="checkbox"/> Aphasie/dysarthrie <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> C�civit� <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Alimentation	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire : haut <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Régime : Normal <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Supplémentation <input type="checkbox"/> Poids: Taille: IMC: Variation poids : Albuminémie :
Respiration	Oxygène <input type="checkbox"/>		Débit :		Trachéotomie <input type="checkbox"/>
Sommeil	Autonome <input type="checkbox"/>		Insomnie <input type="checkbox"/>		Somnolence <input type="checkbox"/>

ORGANISATION PREVUE POUR LA SORTIE

Retour : A domicile HAD Foyer d'hébergement EHPAD Autre
Aides à domicile en place : Oui Non Organisme :
Démarches réalisées : HAD Foyer d'hébergement EHPAD Aides à domicile
Faites par : Famille Service de soins Assistante sociale

Commentaires :

Nom du médecin :

Signature :

Tampon professionnel :

Nom de l'IDE :

Signature :