DEMANDE D'ADMISSION

Date : / /
Reçue le : / /

Service(s) demandé(s) :

☐ HDJ Gériatrique

☐ SSR Gériatriques
☐ SSR Polyvalents

ÉTAT CIVIL DU PATIENT

Nom : ---------- Prénom :----------

Date de naissance : ----------

Domicile : ----------

Statut : ☐ marié ☐ veuf ☐ célibataire ☐ divorcé ☐ vie maritale
☐ vit avec ses enfants ☐ pacsé

Chambre particulière souhaitée : oui ☐ non ☐

Le patient est-il assuré ? (merci de joindre les photocopies)

N° de sécurité sociale : ----------

Centre de paiement : ----------

CMU :----------

Mutuelle : ----------

ENTOURAGE DU PATIENT

Nom, prénom, adresse, n° de téléphone, nature du lien – souligner la personne de confiance

---

Médecin traitant : ----------

Coordonnées Médecin traitant : ----------

SÉJOUR ACTUEL

Date d'entrée dans le service : ----------

Diagnostic établi/résumé clinique : ----------

Date d'intervention (si besoin) : ----------

HOSPITALISATION COMPLÈTE

Date d'admission souhaitée : ----------

Objectif de la demande----------

Antécédents (Chir. & Médicaux) : ----------

Traitement actuel :----------

Oxygénothérapie : ☐ oui ☐ non Pace maker : ☐ oui ☐ non

Autres (pansements...) : ----------

B.M.R : ----------Date du dernier prélèvement : ----------

Isolement : oui ☐ non ☐

Régime : ☐ mixé ☐ haché ☐ diabétique ☐ autre : ----------

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Habitudes de vie : ----------

Orientation à la fin du séjour :

☐ Domicile ☐ Institution ☐ Autres ☐ Démarches en cours

Souhait du patient / projet de vie : ----------

AUTONOMIE

- Se lève seul oui ☐ non ☐ Avec aide partielle ☐
- Fait sa toilette seul : oui ☐ non ☐
  - avec aide : oui ☐ non ☐
- Marche seul : oui ☐ non ☐
  - avec tierce personne: oui ☐ non ☐
- Mange seul : oui ☐ non ☐ Avec aide partielle ☐
- Se déplace seul : oui ☐ non ☐
  - va au fauteuil : oui ☐ non ☐
- Incontinence urinaire : oui ☐ non ☐ Jour ☐ Nuit ☐
  - sonde vésicale : oui ☐ non ☐
- Incontinence anale : oui ☐ non ☐
- Soins d'escarres : oui ☐ non ☐
- Localisation : ----------
- Germe : ----------
- Cécité : oui ☐ non ☐
- Surdité : oui ☐ non ☐
- Allergie (si oui, à préciser) : oui ☐ non ☐
- Comportement normal : oui ☐ non ☐
  - Agressif : oui ☐ non ☐
  - Agité : oui ☐ non ☐
  - Dément sénile : oui ☐ non ☐
- Autres observations :----------

VOLET SOCIAL

Projet de vie du patient :

Dossier APA : oui ☐ non ☐ en cours ☐

Si oui, quel GIR ?

Aides à domicile : oui ☐ non ☐

Si oui :

- Service de maintien à domicile (nom de l'organisme) :
- Plan d'aide actuel :
- Portage de repas : oui ☐ non ☐
- Téléalarme : oui ☐ non ☐
- IDE : oui ☐ non ☐

Sauvegarde de justice : oui ☐ non ☐ en cours ☐

Tutelle : oui ☐ non ☐

Curatelle : oui ☐ non ☐

Si demande d'EHPAD en cours, merci de préciser la date de la demande et les établissements sélectionnés : ----------

---

HABITAT

Maison : ☐ Plein pied ☐ Etage

Appartement : ☐ Etage ☐ Ascenseur

☐ Baignoire ☐ Douche

Autre, précisez :

ITEMS A COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR UNE ADMISSION EN SERVICE DE NUTRITION

Il s'agit d'une démarche :

Volontaire et personnelle du patient ❑
Conseillée par un proche ❑
Conseillée par un professionnel de santé ❑
Autre : .....

Poids actuel : **Taille :** **IMC :**

Poids le plus haut :
Poids le plus bas (à l'âge adulte) :

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une prise en charge de l'obésité ?

- Chirurgicale ? *(chirurgie bariatrique ?.....)* ❑

Quelle(s) intervention(s) et date ?.....

- Médicale et Nutritionnelle

Consultations en ambulatoire (médecin, diététicien…) ❑
Hospitalisation de jour en unité spécialisée ❑
date……..durée……..
Hospitalisation complète en unité spécialisée ❑
date……..durée……..

Antécédents psychiatriques ❑
Préciser (état dépressif, psychotique, tentative de suicide……) :
.....
.....

Suivi psychiatrique actuel ❑
Préciser : .....

Addictions

- Tabac

Fumez-vous ? ❑ Oui ❑ Non
Si oui, combien par jour et depuis combien de temps (en année(s)) : .....

• Alcool ❑ Oui ❑ Non
Combien de verres par semaine ?.....

• Autres ❑ Oui ❑ Non
Lesquelles : .....

• Troubles du comportement alimentaire ❑ Oui ❑ Non

Préciser : .....

Préciser si le patient présente :

• Des troubles cognitifs ❑ Oui ❑ Non
Légers ❑ Modérés ❑ Sévères ❑

• Des troubles du comportement (à type d'agitation, agressivité…….) ❑ Oui ❑ Non

Le patient peut-il participer à des groupes et/ou ateliers ❑ Oui ❑ Non

Date, Nom, Coordonnées et Signature du Médecin demandeur : Cachet :

Pour toute demande d'admission, merci de joindre à votre demande une ordonnance.