

DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER MEDICAL

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & Prénom : SEXE :

 Date de naissance : Lieu de naissance :

 Adresse :

 Code Postal :

 PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) :

AFFECTION PRINCIPALE MEDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION

.....
 ...
 Date d'hospitalisation : Hospitalisation dans les 30 jours : oui non
 Si intervention chirurgicale, coefficient & date :

ANTECEDENTS DU PATIENT

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....
.....
.....
.....
.....

SOINS D'ESCARRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
SOINS INFIRMIERS	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ORTHOPHONIE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
KINESITHERAPIE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
OXYGENE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTS

.....
 ...

.....
 ...

MEDECIN TRAITANT (NOM, VILLE)

.....

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

RESPIRATION		HYGIENE	
NORMALE	<input type="checkbox"/>	TOILETTE SEUL	<input type="checkbox"/>
DYSPNEE	<input type="checkbox"/>	AIDE PARTIELLE	<input type="checkbox"/>
AIDE TECHNIQUE	<input type="checkbox"/>	AIDE TOTALE	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION		TOILETTE AU LIT	<input type="checkbox"/>
NORMALE	<input type="checkbox"/>	STIMULATION	<input type="checkbox"/>
REGIME	<input type="checkbox"/>	TOILETTE DU HAUT	
SONDE	<input type="checkbox"/>	Autonome	<input type="checkbox"/>
AUTONOME	<input type="checkbox"/>	Aide	<input type="checkbox"/>
AIDE PARTIELLE	<input type="checkbox"/>	TOILETTE DU BAS	
AIDE TOTALE	<input type="checkbox"/>	Autonome	<input type="checkbox"/>
PARTICULARITES :		Aide	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION		HABILLAGE	
URINAIRE		Autonome	<input type="checkbox"/>
Contenance	<input type="checkbox"/>	Aide partielle	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	Aide totale	<input type="checkbox"/>
Sonde	<input type="checkbox"/>	ORIENTATION	
Posée le :		NORMALE	<input type="checkbox"/>
FECALE		CONFUS/DESORIENTE	<input type="checkbox"/>
Contenance	<input type="checkbox"/>	Episodiquement	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	En permanence	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	FONCTIONS SENSORIELLES	
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	VISION	
Anus artificiel	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>
MOBILISATION		Anormale	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT		Précisions :	
Seul	<input type="checkbox"/>	OUIE	
Avec aide	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>
Dans la chambre	<input type="checkbox"/>	Anormale	<input type="checkbox"/>
Lit/fauteuil	<input type="checkbox"/>	Précisions :	
Mise au fauteuil	<input type="checkbox"/>	PAROLE	
Alitement	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>
LEVER/COUCHER		Autre	<input type="checkbox"/>
Seul	<input type="checkbox"/>	Précisions :	
Avec difficulté	<input type="checkbox"/>	RELATIONS	
Dépendant	<input type="checkbox"/>	BONNES RELATIONS	<input type="checkbox"/>
SOMMEIL/REPOS		TRISTE	<input type="checkbox"/>
SOMMEIL		ANXIEUX	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	ANGOISSE	<input type="checkbox"/>
Somnole le jour	<input type="checkbox"/>	AGRESSIF	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	INDIFFERENT	<input type="checkbox"/>
Traitement	<input type="checkbox"/>	DEPRESSIF	<input type="checkbox"/>
REPOS		TRES DEMANDEUR	<input type="checkbox"/>
		ACTIVITES	<input type="checkbox"/>

Sieste	<input type="checkbox"/>	
Eviter visites	<input type="checkbox"/>	

- LE PATIENT REGAGNE SON DOMICILE
- PLACEMENT ENVISAGE

RESERVE A CHATEAUNEUF

- REFUS
- ACCORD

- RDC
- SERVICE $\frac{1}{2}$
- SERVICE $\frac{3}{4}$

IDENTIFICATION DU SERVICE ADRESSEUR

DATE & SIGNATURE DU MEDECIN