

**SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION  
POLYVALENTE ET GERIATRIQUE  
Fax : 03.28.58.61.17**

**DOSSIER D'ADMISSION à compléter par le médecin**

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

**COORDONNEES PATIENT - ENTOURAGE**

**Patient**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Age : ..... Sexe : F  M

Adresse , code postal, ville .....

.....

Tél. : ..... E-mail : .....

**Assuré :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse ( adresse) : .....

Mutuelle : .....

CMU de base  CMU complémentaire  Aide Médicale Etat

ALD  Laquelle ? : .....

**Référent familial (ou proche à contacter)**

Nom – Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse , code postal, ville .....

.....

Tél. : ..... E-mail : .....

**Médecin traitant**

Nom : .....

Adresse , code postal, ville : .....

..... Tél. : .....

E-mail : ..... E-mail Apicrypt : .....

## DONNEES SOCIALES

Logement : .....

Vit seul (e)  avec conjoint  en milieu familial

Mesures judiciaires de sauvegarde : Oui  Non  En cours

Si oui indiquer le nom et l'adresse du tuteur ou curateur : .....

.....

Invalidité

Demande auprès de la MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées) :

Oui  Non  En cours  Numéro dossier MDPH : .....

Demande d'APA : Oui  Non  En cours

Aides à Domicile :

- APA Oui  Non

- Aides de la CARSAT Oui  Non

Nom de l'assistant social : .....

Devenir envisagé : .....

.....

**Personne de confiance** : Oui  Non

**Nom – Prénom – Coordonnées** : .....

.....

.....

**Directives anticipées** : Oui  Non

Si oui, merci de communiquer une copie de ces directives anticipées.

**Chambre particulière** : Oui  Non

Dans le cas de la chambre particulière, il sera demandé un supplément de 50 € par jour, remboursables selon les conditions de votre mutuelle.

## VOLET MEDICAL

**Etat clinique du patient** : .....

Poids : .....

**Diagnostic principal** : .....

**Diagnostics associés** : .....

**Histoire de la maladie** : (date de début, principaux évènements, traitements reçus...)

.....

.....

### Symptômes physiques

- |  |   |   |
|--|---|---|
| ◦ Douleur <input type="checkbox"/>     | ◦ Dyspnée <input type="checkbox"/>      | ◦ Troubles hémorragiques <input type="checkbox"/> |
| ◦ Nausées <input type="checkbox"/>     | ◦ Vomissements <input type="checkbox"/> | ◦ Constipation <input type="checkbox"/>           |
| ◦ Diarrhée <input type="checkbox"/>    | ◦ Fièvre <input type="checkbox"/>       | ◦ Occlusion <input type="checkbox"/>              |
| ◦ Convulsions <input type="checkbox"/> | ◦ Prurit <input type="checkbox"/>       |   |

### Symptômes organo-psychiques

- |                     |                          |                  |                          |                      |                          |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| ◦ Anxiété           | <input type="checkbox"/> | ◦ Insomnie       | <input type="checkbox"/> | ◦ Dépression         | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> | ◦ Confusion      | <input type="checkbox"/> | ◦ Délire             | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Agitation         | <input type="checkbox"/> | ◦ Désorientation | <input type="checkbox"/> | ◦ Troubles mnésiques | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Prostration       | <input type="checkbox"/> |                  |                          |                      |                          |

### Bilan infectieux :

Si le patient est infecté, origine de l'infection : .....

Si identification de bactéries multi-résistantes BMR : .....

Germe : .....

Mesure d'isolement : .....

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est nécessaire avant toute admission. Dans ce cas joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission. Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission.

### Aspects subjectifs

Que sait le Malade sur sa maladie et/ou son pronostic ? .....

Que sait la Famille sur sa maladie et/ou son pronostic ? .....

Existence d'un entourage familial ou amical ? Oui  Non

Problématiques de la famille et de son entourage ?

- |                                 |                          |                             |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ◦ Enfant en bas âge             | <input type="checkbox"/> | ◦ Isolement social          | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Conjoint dépendant            | <input type="checkbox"/> | ◦ Absence d'aide à domicile | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Conflit au sein de la famille | <input type="checkbox"/> |                             |                          |

**Nom de la personne signataire :**

**Joindre :**

- Le traitement médical**
- Le volet 3 du protocole de soins**

Dernière page à remplir par le patient/la famille : motif de la demande, et souhait

Tournez svp

A large rectangular area with a dotted grid pattern, intended for handwritten notes or answers.