



# DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER MEDICAL

NOM ET N° DE TELEPHONE DU SERVICE ADRESSEUR : .....

**LIGNE DIRECTE** : .....

## ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & Prénom : ..... SEXE : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....Code Postal : .....

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) : .....

## AFFECTION PRINCIPALE MEDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION

.....  
Date Hospitalisation ..... Prise en charge palliative  Prise en charge curative

Si intervention chirurgicale coefficient & date : .....

## ANTECEDENTS DU PATIENT

### ANTECEDENTS MEDICAUX

### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

..... ..... .....	..... ..... .....
-------------------------	-------------------------

## AUTONOMIE ANTERIEURE

.....  
.....

PANSEMENTS	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Temps de pansement : .....
SOINS d'ESCARRES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Localisation : .....
SOINS INFIRMIERS	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
ORTHOPHONIE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
KINESITHERAPIE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
OXYGENE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	VNI <input type="checkbox"/>
B.M.R	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
REGIME	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Autre.....

## MEDICAMENTS

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

# EVALUATION DE L'AUTONOMIE

## HYGIENE

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
TOILETTE DU HAUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE DU BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALIMENTATION

SEUL                       AIDE PARTIELLE                       AIDE TOTALE

PARTICULARITES :

## ELIMINATION

URINAIRE	<input type="checkbox"/> CONTINENCE	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> SONDE Posée le :	<input type="checkbox"/> STOMIE
FCALE	<input type="checkbox"/> CONTINENCE	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> STOMIE	

## MOBILISATION

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
DEPLACEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> LIT-FAUTEUIL	<input type="checkbox"/> LIT-SALLE DE BAIN	<input type="checkbox"/> ALIEMENT
AIDE TECHNIQUE	<input type="checkbox"/> CANNES	<input type="checkbox"/> DEAMBULATEUR	APPUI AUTORISE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## FONCTIONS SENSORIELLES

	NORMALE	ANORMALE
VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAROLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ORIENTATION

NORMALE	CONFUS	DESORIENTATION / DEAMBULANT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> INTERMITTENT	<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> INTERMITTENT

## RELATION

BONNE                       ANGOISSE                       AGRESSION                       DEPRESSION

## DEVENIR

SORTIE	<input type="checkbox"/> AU DOMICILE	<input type="checkbox"/> PLACEMENT ENVISAGE
DEMARCHES EN COURS	<input type="checkbox"/> DOSSIER APA <input type="checkbox"/> EPHAD	<input type="checkbox"/> AIDE A DOMICILE
	<input type="checkbox"/> AUTRES :	

MEDECIN TRAITANT (Nom, Ville) :

N° de téléphone :

IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR

NOM, SIGNATURE, DATE  
du médecin demandeur