



Demande d'admission

Responsable des Admissions : Mme BENHAIM

Tél. : 04 91 18 08 01 Fax : 04 91 18 08 02

Mail : planif.phoceanne@nerim.net

Date d'admission souhaitée :

____/____/____

Service souhaité :

- Médecine
 Soins de suite et réadaptation (SSR)

Provenance

Identification du médecin demandeur : _____

Etablissement : _____ Tel : _____

Fax : _____ E-mail : _____

Médecin traitant : _____ Pas de médecin traitant

Renseignements administratifs du patient

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Adresse : _____ Tel : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Caisse : _____ Mutuelle : _____

Souhait d'une chambre particulière de confort : Oui Non

Personne à prévenir :

Nom et Prénom : _____

Tel : _____ Lien avec le patient : _____

Orientation du patient à la sortie de la clinique La Phocéenne

SSR

Retour à domicile

EHPAD Nom : _____ Ville : _____

Unité de soins de longue durée Nom : _____ Ville : _____

Autre : _____





Informations médicales (confidentiel)

Diagnostic / Motif médical d'admission : _____

Objectif de la prise en charge : _____

Antécédents connus : _____

Allergies : _____

Traitement en cours et posologie : _____

► *Merci de nous transmettre l'ordonnance du traitement en cours*

Statut microbiologique ou infectieux :

Patient porteur d'une BMR ou BHRé : Oui Non Si oui, préciser : _____

Maladies contagieuses :

Clostridium difficile : Oui Non Gale : Oui Non Autre : _____

COVID-19 :

Patient testé : Oui Non Résultat : Positif Négatif

Date du test : ____/____/____ Commentaire : _____

Prise en charge du patient en fin de vie :

Soins palliatifs : Oui Non Directives anticipées : Oui Non

Information du patient :

Le patient est informé sur Le diagnostic : Oui Non Le pronostic : Oui Non

La famille est informée sur Le diagnostic : Oui Non Le pronostic : Oui Non





Evaluation de l'autonomie

Ventilation :

- Aucune
- Oxygène
- Trachéotomie

Etat cutané :

- Peau saine
- Peau lésée
- Escarre Localisation : _____

Déplacement :

- Autonome
- Marche avec aide
- Lit strict
- Pas d'appui
- Canes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant
- Risque de chute

Transferts :

- Aucune aide
- Aide partielle
- Aide totale

Hygiène :

- Aucune aide
- Aide partielle
- Aide totale

Elimination :

- Autonome
 - Incontinence urinaire
 - Incontinence anale
 - Poche colostomie
 - Sonde urinaire
- Date de pose : ____/____/____

Habillage :

- Aucune aide
- Aide partielle
- Aide totale

Alimentation :

- Aucune aide
- Aide partielle
- Aide totale
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale

Variation du poids avant l'hospitalisation :

- Aucune
- Prise de poids _____ Kg
- Perte de poids _____ Kg

Communication :

- Communicant
- Non communicant
- Aphasie
- Cécité
- Surdité
- Langue étrangère : _____

Troubles cognitifs et comportementaux :

- Aucun
- Déambulation
- Dépression
- Agitation / Agressivité
- Désorientation
- Risque suicidaire
- Risque de fugue
- Autre : _____

Date : ____/____/____

Identification et cachet du médecin demandeur :

