MAISON DE SANTÉ
MARIE GALÈNE
Association des Dames du Calvaire

30, rue Kléber 33200 BORDEAUX Tél. : 05 57 22 25 57 **- Fax médical 05 57 22 25 17**

DEMANDE d'ADMISSION

Pôle Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Docteur Lionel BOIX
Médecin responsable
Docteur Isabelle LASSUS
Docteur Hélène MARSOLLET

Madame Laurine GUIBERT
Directrice

Madame Fabienne MEYNIEU
Cadre de santé

Pour assurer la continuité des soins avec qualité et sécurité :

- **Seules les demandes intégralement renseignées seront examinées.**
- **Tout patient entrant devra être muni d'un courrier médical**
- **L'ordonnance de sortie devra être faxée la veille**
  (Le pilulier étant préparé la veille par le service pharmacie)

IDENTITE du PATIENT : .....

Né(e) le : ..... Sexe : ❑ M ❑ F

Etablissement demandeur :
N° de téléphone pour joindre le service
.....

Nom du médecin spécialiste :

Nom du médecin traitant :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Hospitalisé(e) depuis le :

Intervention chirurgicale : oui ❑ non ❑
Si oui, date : …….

Transfusions oui ❑ non ❑ si oui, date : …….

BMR oui ❑ non ❑ si oui, germe : …….

Antibiothérapie oui ❑ non ❑ si oui, étiologie, germe et date :……

POIDS : TAILLE : IMC :

ANTECEDENTS

MEDICAUX	CHIRURGICAUX

TRAITEMENT ACTUEL DÉTAILLÉ

NOM DES MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Je soussigné(e), Docteur …….. certifie que M ……

ne présente aucune affection contagieuse ou psychiatrique en évolution.

Date : …… Identification du médecin et signature : …….

EVALUATION DE SON AUTONOMIE

RESPIRATION
- ☐ normale
- ☐ dyspnée
- ☐ oxygénothérapie
- ☐ aérosols

ALIMENTATION
- ☐ normale
- ☐ régime : ……
- ☐ autonome
- ☐ aide partielle
- ☐ sonde : ……
- ☐ prothèses dentaires
- ☐ troubles de la déglutition

ELIMINATION

Urinaire :
- ☐ continence
- ☐ incontinence
- ☐ stomie
- ☐ **sonde posée le :** ……

Fécale :
- ☐ continence
- ☐ incontinence
- ☐ constipation
- ☐ diarrhée
- ☐ stomie

MOBILISATION
- ☐ seul (e)
- ☐ avec aide
- ☐ dans la chambre
- ☐ lit/fauteuil
- ☐ alité (e)

LEVER/COUCHER
- ☐ seul (e)
- ☐ avec aide
- ☐ dépendant(e)

SOMMEIL/REPOS

Sommeil :
- ☐ normal
- ☐ somnolence le jour
- ☐ insomnie
- ☐ traitement

Repos :
- ☐ sieste
- ☐ éviter les visites

TOILETTE/HYGIENE
- ☐ autonome
- ☐ aide partielle
- ☐ aide totale
- ☐ toilette au lit
- ☐ stimulation

HABILLAGE
- ☐ autonome
- ☐ aide partielle
- ☐ aide totale

ETAT CUTANE
- ☐ normal
- ☐ soins d'escarre

ORIENTATION/COHERENCE
- ☐ normale
- ☐ confus(e) – désorienté(e)
  - ☐ épisodiquement
  - ☐ permanent

FONCTIONS SENSORIELLES

Vision :
- ☐ normale
- ☐ déficience
- ☐ corrigée

Audition :
- ☐ normale
- ☐ déficience
- ☐ corrigée

ELOCUTION
- ☐ normale
- ☐ déficience
- ☐ langue parlée : ……

RELATIONS
- ☐ bonnes relations
- ☐ triste
- ☐ anxieux (se)
- ☐ agressif (ve)-exité(e)
- ☐ très demandeur

COMMENTAIRES

❑ **soins infirmiers :** ❑ **kinésithérapie**

❑ **orthophonie :** ❑ **oui** ❑ **non**

DEVENIR : nous vous informons que notre durée moyenne de séjour est de 28 jours

❑ **Retour à domicile** ❑ **orientation structure : .....**

DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM : **Prénom(s) :**
NOM DE NAISSANCE :

Adresse : Téléphone :

Coordonnées des personnes à prévenir (adresse + n° de téléphone)

PRISE EN CHARGE :

Organisme d'assurance sociale :

Numéro d'immatriculation : __ ___ ___ ___ ____ ____ __

Nom et adresse de la mutuelle :

N° adhérent

Chambre particulière : ❑ oui ❑ non

Patient cotisant pour une chambre particulière acceptant une chambre à 2 lits :

❑ oui ❑ non

A quel taux de prise en charge le patient a-t-il été pris dans votre établissement ?
(Indispensable pour une cohérence au niveau du budget global) :

❑ **ALD** ❑ **K opératoire > 50** ❑ **80 %**

Merci de votre collaboration