

DEMANDE D'ADMISSION
A FAXER AU 04 91 18 90 51

Date : ...

Domicile

Etablissement demandeur :...

Service :...

Demande pour SDS USP

Patient :

Nom/naissance : ...

Prénom : ...

Nom marital : ...

Date de naissance : ...

Sexe : ...

Adresse : ...

Personnes référentes :

Médecin demandeur : ...

Service : ...

Coordonnées : ...

Médecin traitant : ...

Coordonnées : ...

Assistante sociale : ...

Coordonnées : ...

Prise en charge administrative :

Numéro de sécurité sociale : ...

Chambre particulière

Mutuelle : ...

Informations complémentaires :

AME

CMU

.....
.....

Personne à prévenir : oui non

Nom : ...

Lien avec le (la) patient(e) : ...

Téléphone : ...

Situation socio-familiale :

Entourage familial présent

Situation familiale difficile

Isolement social

Précarité

Pathologie principale et histoire de la maladie :

Autres antécédents :

Particularités du patient :

Douleurs

Confusion

Anorexie importante

Risque suicidaire

Syndrome occlusif

Risque de fugue

Dyspnée

Escarres :...

Agitation

Isolement BMR :.....

Anxiété importante

Autres : ...

Projet thérapeutique :

Phase curative

Phase palliative :

○ Avec chimiothérapie

○ Sans chimiothérapie

○ Radiothérapie en cours

Phase terminale

Traitements médicamenteux :.....

Molécules onéreuses :

Evaluation de la dépendance :

Mobilité: Marche sans aide Marche avec aide
 Déambulateur Reste alité
 Fauteuil Obésité

Toilette : Autonome Aide à la toilette
 Toilette au lit

Respiration : Oxygénothérapie :L/min
 Trachéotomie VNI

Alimentation : Mange seul Mange avec aide
 SNG Sonde de gastrostomie

Elimination : Continent Incontinence urinaire
 Incontinence fécale Sonde vésicale
 Colostomie Néphrostomie

Langage : Bonne communication Communication difficile

Vigilance : Somnolence Coma

Etat cutané : Normal Plaies : ...
 Autres : ...

Voie d'abord(s): SC VVP Picc-Line PAC

Informations données au patient :

I à la famille :

Diagnostic :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pronostic :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transfert en USP :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Date d'admission souhaitée : ... Si séjour de répit, date de retour envisagée : ...

Si amélioration ou stabilisation : retour à domicile : Oui Non

Indispensables à l'admission :

- Papiers d'identité
- Compte rendu d'hospitalisation / prescription / derniers examens
- Transmissions infirmières du jour
- Carte vitale et carte de mutuelle à jour