

ADMISSION/SECRETARIAT MEDICAL - ☎ 03 89 38 59 07 - ☎ 03 89 38 59 02

DEMANDE D'ADMISSION EN SSR - Date de la demande :

Nom :		Prénom :	
Né(e) le :		Adresse :	
N° SS :		Caisse d'affiliation :	
Mutuelle :			
DIAGNOSTIC			
<u>Motif principal de prise en charge et diagnostic :</u>			
<u>Date d'intervention :</u>			
<u>Diagnostic associés et antécédents significatifs :</u>			
PRESENTATION DU MALADE		POIDS :	<input type="text"/>
<u>Mobilisation</u>	oui non	<u>Hygiène :</u>	oui non
- se lève seul(e), se déplace seul(e)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- se lave, s'habille seul(e)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- se lève et se déplace seul(e) sur de courts trajets	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- surveillance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- a besoin de l'aide d'une personne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- aide partielle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- doit être levé et mobilisé par un tiers	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- aide totale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- escarres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<u>Etat psychique :</u>		<u>Alimentation :</u>	
- sans problème	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- mange seul(e)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- désorientation légère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- surveillance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- désorientation occasionnelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- avec aide partielle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- désorientation constante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- avec aide totale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- difficultés à la vie en groupe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- troubles du comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- toxicomanies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<u>Vie relationnelle :</u>		<u>Continence :</u>	selles urines
Voit, entend, communique :		- normale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- seul, sans difficulté	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- avec aide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- seul, avec difficulté	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- incontinence occasionnelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- avec aide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- incontinence permanente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
AVENIR			
- retour à domicile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Formalités en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- nécessite d'aménager le domicile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles :	
- placement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospitalisation programmée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- protection sociale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui date :	
		Laquelle : tutelle – curatelle	
		Nom du tuteur :	
		N° de tel :	

QU'ATTENDRE DE LA CONVALESCENCE

- rééducation physique
- surveillance médicale de l'évolution ou du traitement
- surveillance médicale des plaies et cicatrices
- préparation à un traitement ultérieur
- soins palliatifs
- aide à la vie après chirurgie orthopédique
- attente de placement
- autres

ISOLEMENT

- Y a t-il une pathologie infectieuse oui non
- Quel isolement est nécessaire :

TRAITEMENT PREVU

Médicaments :

- régime alimentaire :
- soins locaux :
- kinésithérapie :
- ergothérapie :

Consultations spécialistes prévues pendant la convalescence :

Nom du spécialiste :

Date :

ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Médecin :

Service :

Tél. :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT LORS DU TRANSFERT

- lettre de transfert
- prescriptions
- fiche de transmissions infirmières
- radios
- compte-rendu opératoire
- bulletin d'hospitalisation
- attestation sécurité sociale et carte mutuelle le cas échéant

Accord du médecin de Saint-Jean Centre SSR - Senheim

Date :

Score de dépendance :

Motif du refus :

Date prévue pour l'admission en SSR à Senheim

Les patients nécessitant de la rééducation, devront se munir d'une tenue adéquate (pantalon souple ou jogging et chaussures fermées avec un bon maintien des pieds).