



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

email : secretariat.medecine.saint-jean@diaconat-mulhouse.fr

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

Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Adresse :
N° SS :	
Mutuelle :	Caisse d'affiliation :

DIAGNOSTIC

Motif principal de prise en charge et diagnostic :

Date d'intervention :

Diagnostic associés et antécédents significatifs :

PRESENTATION DU MALADE

POIDS :

Mobilisation

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - se lève seul(e), se déplace 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"/> |
| - a besoin de l'aide d'une personne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - doit être levé et mobilisé par un tiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Etat psychique :

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - désorientation légère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - désorientation occasionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - désorientation constante | <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"/> |

Vie relationnelle :

Voit, entend, communique :

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - seul, sans difficulté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - seul, avec difficulté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avec aide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hygiène :

- | | oui | non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - se lave, s'habille seul(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - surveillance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - aide partielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - aide totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alimentation :

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mange seul(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - surveillance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avec aide partielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avec aide totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Continence :

- | | selles | urines |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - normale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avec aide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - incontinence occasionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - incontinence permanente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AVENIR

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - retour à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nécessite d'aménager le domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - placement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - protection sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Formalités en cours : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui lesquelles : | | |
| Hospitalisation programmée : | <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 reprenant la totalité du traitement
- 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 SMR - Senheim

Date :

Score de dépendance :

Motif du refus :

Date prévue pour l'admission en SMR 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).