

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Date de PEC souhaitée :

Nom du médecin demandeur :

Service demandeur :

Motif de la demande :

NB : joindre le questionnaire médical

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de naissance :

Adresse :



Lieu d'intervention :



N°SS

Caisse :

Mutuelle :

PERSONNE à PREVENIR

Nom :

Prénom :

 :

Lien avec la personne soignée :

CONDITIONS DE VIE

Célibataire Veuf Marié

à domicile en institution autre

Entourage présent : Seul Conjoint Famille

PROTECTION JURIDIQUE : Oui Non

Précisez :

Sauvegarde de justice

Tutelle (nom du tuteur, tél)

Curatelle

MATERIEL

Oui Non

Médecin traitant

Nom :

Adresse :



Infirmier(s) libéral (aux)

Nom :

Adresse :



Kinésithérapeute

Nom :

Adresse :



PARTIE MEDICALE

DIAGNOSTIC / MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS :

- Médicaux :
.....
.....
- Chirurgicaux :
.....
.....
- Allergie (s) :
.....

Traitement médical en cours (joindre le traitement)

PER OS	INJECTABLES	AEROSOLS-THERAPIE
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

EVALUATION DE L'AUTONOMIE DU PATIENT

MARCHE : Autonome Grabataire fauteuil
 Autonome avec aide Grabataire lit

VIE QUOTIDIENNE : Degré d'autonomie :

0 = autonomie 1 = aide technique 2 = aide d'une personne 3 = aide d'une personne + technique 4 = dépendant/invalide

	0	1	2	3	4
• S'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se mouvoir et sortir du lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rendre aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Monter / descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETAT COGNITIF

Normal Apathie
 Troubles mnésiques Risque de fugue
 Désorientation temporo-spatiale Confusion
 Agitation Degré d'anxiété : Faible Moyen Elevé

NUTRITION

ALIMENTATION Etat nutritionnel : Poids : Taille :
Variation de poids avant l'entrée Oui Non Si oui précisez :

Alimentation autonome
 Aide au repas Totale Partielle
 Fausse route
 Aucune alimentation par voie orale
 Nutrition parentérale : Périphérique Pick line PAC
 Nutrition entérale : SNG GPE
REGIME ALIMENTAIRE :
 Normal Diabétique Sans sel Compléments alimentaires

TEXTURE :

Normale Hachée Mixée Liquide

ELIMINATION

URINAIRE :

Normale
 Incontinence
 Sonde urinaire

FECALE :

Autonome
 Incontinent
 Stomie