

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :	Date de PEC souhaitée :
Nom du médecin demandeur :	Service demandeur :
<i>NB : joindre le questionnaire médical</i>	

PATIENT Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Lieu d'intervention :		
☎ :	☎ :	
CONDITIONS DE VIE	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié
	<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> en institution
Appartement <input type="checkbox"/>	Ascenseur <input type="checkbox"/>	
Maison <input type="checkbox"/>	Salle de bain	Etage Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Chambre	Etage Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
PERSONNE DE CONFIANCE :		
Nom :	Prénom :	
☎ :	☎ :	Entourage présent : Seul <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/>
Lien avec la personne soignée :		
PERSONNE à PREVENIR :		
	☎ :	

PROTECTION JURIDIQUE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MATERIEL Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez :	En place :
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	
<input type="checkbox"/> Tutelle (nom du tuteur, tél)	A prévoir :
<input type="checkbox"/> Curatelle	

Médecin traitant	Infirmier(s) libéral (aux)	Kinésithérapeute
Nom :	Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
☎	☎	☎
☎	☎	☎

PARTIE MEDICALE

DIAGNOSTIC / MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

ANTECEDENTS : Médicaux /Chirurgicaux : Allergie (s) :

Carte de groupe sanguin
LATA OUI NON

Transfusion oui non
DIRECTIVES ANTICIPEE OUI NON

Traitement médical en cours (joindre le traitement)

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 : **FÉCALE :**
 Normale Autonome
 Incontinence Incontinent
 Sonde urinaire date de pose : charrière : Stomies
 Fréquence de changement Fréquence de changement

ACCES VASCULAIRE : localisation date de pose changement

Sous cutanée Pick line Midline
 Périphérique PAC