FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION

Fiche complétée par le médecin traitant

A <u>envoyer par messagerie sécurisée</u> : sec.med.estagnol@sedna-sante.mssante.com **(si vous n'êtes pas équipés d'une messagerie sécurisée, veuillez contacter la ligne directe 04 92 93 56 41)**

<u>Téléphone directe</u> : 04 92 93 56 41 de 9H à 17H

(*) champs obligatoires à renseigner pour assurer une prise en charge optimale

Patient

Nom de naissance (*) : .....

Nom d'usage (si différent) (*) : .....

Prénom (*) : .....

Date de naissance (*) : ..... / ..... / .....

N° de sécurité sociale (*) : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Régime général (*) **:** ☐ Oui ☐ Non, autre : ……..

Adresse* **:** .....

Code postal* **:** ..... **/ Ville*** **:** .....

Téléphone (*) : .....

Traitement personnel (*) : **<u>joindre une copie de l'ordonnance</u>**

Personne à prévenir (*) **:** .....

<u>Nom de la mutuelle</u> (*) (complémentaire santé) : ……

<u>Le patient souhaite une chambre seule</u> (*) : ☐ Oui ☐ Non

Admission

Admission souhaitée le (*) : .....

Motif d'hospitalisation (*) : .....

Antécédents notables (*) **:**

……

……

Examen clinique / diagnostic actuel (*) :

……

……

……

Niveau de dépendance, autonomie et état cognitif (*) :

Taille : ……cm Poids : …….. kg

Dépendance physique (grille AGGIR de 1 à 6) : ……..

Trouble de déglutition : ☐ Oui ☐ Non

Soins techniques divers (sonde urinaire, appareillage, voies veineuse etc.) : ……..

Fin de vie: ☐ Oui ☐ Non

Merci de cocher les cases des tableaux ci-dessous:

Autonomie personnelle	AUTONOME	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Alimentation	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐
Transferts/lits fauteuil	☐	☐	☐
Locomotion	☐	☐ *Nécessitant (à cocher svp):* ☐ Canne ☐ Cadre de marche ☐ Fauteuil roulant	☐ *Nécessitant (à cocher svp):* ☐ Canne ☐ Cadre de marche ☐ Fauteuil roulant

Capacités relationnelles	INTACTES	ALTEREES
Compréhension	☐	☐
Expression	☐	☐
Mémoire	☐	☐
Résolution des problèmes de la vie quotidienne	☐	☐

Soins cutanés, pansement (*) : ☐ Oui ☐ Non

Risque d'escarre (*) : ☐ Oui ☐ Non

Objectifs du séjour dans la structure pour le patient (*) : ……

……

Autres commentaires :

……

……

……

Médecin adresseur (tampon) (*) :