

Formulaire médical à nous retourner

Nom de naissance : **Nom Marital** :
Prénoms : **Date de naissance** : / /
Adresse :
CP : **Ville** :
Sexe : M F
A renseigner obligatoirement : 100% ALD Oui Motif : Non

Motif d'hospitalisation :
Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :
.....
.....
Autres pathologies / Antécédents :
.....

Degré d'autonomie :

Alimentation : Normale Trouble de la déglutition Sonde naso gastrique Gastrotomie
Toilette : Autonome Aide partielle Aide Totale
Habillage : Autonome Aide partielle Aide Totale
Continence : Continence Incontinence
Etat cutané : Pansement (*protocole*)..... Escarres (*localisation*).....
Couchage : Matelas normal Matelas à air
Déplacement :
Transferts :
Ventilation : Autonome Oxygénothérapie (*préciser*) :
 Appareillage apnée du sommeil Trachéotomie (*type de canule*) :
Troubles du comportement : Non Oui (*préciser*).....
Troubles cognitifs : Non Oui (*préciser*).....
Cohérence : Non (*préciser*)..... Oui
Orientation dans le temps : Non Oui
Orientation dans l'espace : Non Oui
Contention physique : Non Oui
Statut infectieux Site : Germe :

Projet de soins :
.....
Projet Social (devenir – démarche en cours) :
.....

Présence d'un traitement : Oui Non
Si oui, **fournir obligatoirement** la copie des ordonnances médicamenteuses en cours

Date de la demande :/...../..... Date d'entrée souhaitée :/...../..... Signature et cachet :
Médecin prescripteur :
Dr
Tel :/...../...../.....
Fax :/...../...../.....
E-mail :@.....