

Nom de naissance : Nom Marital :
Prénoms : Date de naissance : / /
Adresse :
CP : Ville :
Sexe : M F Téléphone Patient : / / / /
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 : Hospit. Complète Hospit. De jour
Dr
Tel :/...../...../.....
Fax :/...../...../.....
E-mail :@.....