

Fiche de DEMANDE D'ADMISSION HC SMR - POLYVALENT ET GÉRIATRIE

Médecin demandeur : Service :
Adresse : Fax :
Téléphone :
Date de la demande :

État civil

Nom, Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
 Vit seul En couple A domicile En institution

Objectif de la prise en charge

HC SMR Polyvalent HC SMR Gériatrie

Fiche médicale

DIAGNOSTIC ACTUEL :

MOTIF DE LA DEMANDE :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

TRAITEMENTS EN COURS : (MERCİ DE JOINDRE L'ORDONNANCE AU DOSSIER)

GRILLE D'AUTONOMIE

Compétences		OUI	NON	Compétences		OUI	NON
Seul				Continent urinaire			
Aide partielle				Incontinence urinaire			
Aide totale				Sonde à demeure			
Sonde gastrique				Urostomie			
Régime :				Continent fécale			
				Incontinence fécale			
				Colostomie			
Toilette		OUI	NON	Habillage		OUI	NON
Autonome				Autonome			
Aide partielle				Aide partielle			
Aide totale				Aide totale			
Marche		OUI	NON	Transfert lit fauteuil		OUI	NON
Seul				Seul			
Aide d'un tiers				Aide d'un tiers			
Aide d'un déambulateur				Aide d'un déambulateur			
Aide de cannes				Aide de cannes			
Aide d'un fauteuil roulant				Aide d'un fauteuil roulant			
Communication		Normale	Alterée	Comportement		OUI	NON
Vision				Désorientation			
Audition				Déambulation			
Expression				Risque de fugue			
Compréhension				Agressivité			
				Confusion			

Projet de sortie

Retour à domicile
 Retour foyer logement
 Recherche EHPAD
 Retour EHPAD

Validation

Oui Non

Date et Heure d'entrée :

Nom et qualité :

Envoyer cette fiche par courrier postal ou messagerie sécurisée MS Santé

Contact téléphonique des admissions direct : 05.59.02.19.55

Les demandes d'admission peuvent également se faire par le biais de ViaTrajectoire.

Clinique Les Jeunes Chênes

21b Avenue de l'Europe – 64000 PAU

Tel : 05.59.02.19.20 Fax : 05.59.02.19.19

S.A. N° Siret 30116075000578

Un établissement

