



Tel : 04.67.97.41.00
Fax : 04.67.97.41.68

DOSSIER DE PRE-ADMISSION En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Date de la demande :

Identité du prescripteur

Nom du médecin :

Signature / Cachet

Service hospitalier Libéral

Centre hospitalier – Clinique

Service / adresse :

Tel.....Fax.....

Date d'entrée envisagée:

Identité du Patient

Nom:.....Prénom..... Sexe H F

Date de naissance...../...../..... Situation familiale.....

Adresse.....

Caisse d'affiliation.....N°immatriculation.....

Mutuelle :

Médecin traitant : Tél

Adresse.....

Personne à prévenir Tél

Adresse.....

Mesure de protection juridique oui non

Si oui laquelle : Coordonnées du mandataire.....

PRESCRIPTION MEDICALE DE SSR

Rééducation

Réadaptation

Convalescence

Soins palliatifs

Autre Préciser.....

Diagnostic principal :

Patient informé..... oui non

Motifs du séjour

Examens récents

Antécédents

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

Antécédents familiaux :

.....

Allergies

oui préciser.....

non

Prescription précautions hygiène renforcées oui non laquelle.....

Porteur de germe multi résistant : oui non Site :

Conduites addictives oui non lesquelles :

Risque suicidaire oui non Risque thrombo-embolique oui non

Traitement et soins médicaux

En cours	Observations
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Régime alimentaire : non oui Lequel :

Soins para médicaux

Kinésithérapie Orthophonie

Pansements : oui non

Escarres, ulcères, plaie opératoire ... (détailler localisation, protocoles actuel)

.....

.....

.....

.....

.....

Autres soins :

.....

.....

Evaluation Autonomie - Dépendance

Mobilité :

- Marche sans aide
- Marche avec déambulateur / cannes
- Marche avec tierce personne
- Se déplace seul en fauteuil roulant
- Ne se déplace pas
- Effectue les transferts lit/fauteuil

Actes de la vie quotidienne :

Alimentation

- sans aide
- aide partielle
- aide totale
- fausse route

Texture normale mixée

Toilette

- sans aide
- aide partielle
- aide totale

Habillage/Déshabillage

- sans aide
- aide partielle
- aide totale

Handicaps sensoriels :

- Surdité
- Cécité
- Appareillage
- Autres.....

Contenance :

- Contenance totale
- Contenance si mené au WC
- Incontinence urinaire
- fécale
- Incontinence diurne
- Porteur d'une sonde vésicale

Comportement :

- Adapté
- Agressif - agitation
- Fugue
- Cris
- Autres (préciser).....

Fonctions cognitives :

- Adaptées
- Désorientation temporo-spatiale
- Troubles mnésiques
- Troubles du langage
- Autres (préciser).....

Poids :

Taille :

Devenir envisagé :

- Retour à domicile
- Structure hébergement (EHPAD, USLD, ...)
- Autre :

Des démarches ont –elles été effectuées auprès de structures d’hébergement ? oui non

Si oui, nom des établissements où des dossiers ont été déposés :

.....
.....
.....

Cadre de vie avant hospitalisation

Domicile :

- En couple/chez enfant
- Entouré
- Isolé

Hébergement : oui non **Autre :**

Dispositifs médicaux sociaux existants:

- SSIAD
- IDE libérale
- Auxiliaire de vie
- APA
- Portage repas
- autre (préciser)
- Télé alarme

Démarches en cours

- SSIAD
- IDE libérale
- Auxiliaire de vie
- APA
- Portage repas
- autre :
- Télé alarme

Structure hébergement (EHPAD, USLD, ...) oui non

Nom des établissements où des dossiers ont été déposés.....

Coordonnées de la personne ayant initié les démarches (assistante sociale, famille.....)

.....
.....
.....

Observations et informations complémentaires

.....
.....
.....
.....