



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.....





**DOSSIER DE PRE-ADMISSION**  
En Soins de Suite et de  
Réadaptation Polyvalent (SSRP)

**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





**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

**Continence :**

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

**Actes de la vie quotidienne :**

**Alimentation**

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

**Comportement :**

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

Texture  normale  mixée

**Toilette**

- sans aide
- aide partielle
- aide totale

**Fonctions cognitives :**

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

**Habillage/Déshabillage**

- sans aide
- aide partielle
- aide totale

**Handicaps sensoriels :**

- Surdité
- C civit 
- Appareillage
- Autres.....

**Poids :** .....

**Taille** .....





**DOSSIER DE PRE-ADMISSION**  
En Soins de Suite et de  
Réadaptation Polyvalent (SSRP)

**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**

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

	Rédaction	Vérification	Approbation	Visé
Noms	M.Falipou	M.Aussillous	K.Maréchal	
Date	23/01/2019	23/01/2019	24/01/2019	
Documents associés	SOIN/PPT/PROT/06			

