

Renseignements préalables à compléter et à retourner par fax ou mail avant toute admission définitive

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Etablissement demandeur

Service..... Tél. :..... Fax :.....

A remplir svp ou coller votre étiquette :

NOM & PRENOM du Patient :

Nom de jeune fille :

Sexe :..... Né(e) le : Age :.....

Adresse :

Médecin Traitant :

N°S.S. :

Caisse Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Personne à prévenir :..... tél :.....

Commentaires réservés au Centre de Lordat :

Motif d'hospitalisation :

Si K opératoire > 50 indiquer la date :

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

Antécédents :

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

Taille :..... **Poids :**..... **IMC :**..... **Albumine :**.....

BMR : oui non

si oui siège :.....

Objectifs du séjour :

Rééducation

Réadaptation

Merci de bien vouloir noter de nouveau l'identité du patient sur cette nouvelle page lors de l'envoi par fax:

NOM et PRENOM du patient

Degré d'autonomie

• Alimentation	normale <input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> moulinée	<input type="checkbox"/> Régime (préciser) <input type="checkbox"/>	
	mange seul	<input type="checkbox"/> Aide partielle (installer, couper)	<input type="checkbox"/>		
	aide totale	<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>		
	sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/>	gastrostomie	<input type="checkbox"/>
	Jéjunostomie	<input type="checkbox"/>			
• Toilette	autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/>	
• Habillage	autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/>	
• Continence	continence	<input type="checkbox"/> Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	urinaire	<input type="checkbox"/>
	bassin <input type="checkbox"/> pénilex <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonde urinaire	<input type="checkbox"/> couche	<input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/>
• Soins cutanés	pansement	<input type="checkbox"/> localisation	>20mn	<input type="checkbox"/>
	escarres	<input type="checkbox"/> localisation	>20mn	<input type="checkbox"/>
• Couchage	matelas normal	<input type="checkbox"/> anti-escarre	<input type="checkbox"/>	à air	<input type="checkbox"/>
• Déplacements	autonome	<input type="checkbox"/> Peut se déplacer mais fatigué(e)	<input type="checkbox"/>		
	marche avec aide	<input type="checkbox"/> canne(s)	<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/>	
	fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>			
• Transfert lit/fauteuil	autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/>	
• Escaliers	autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/>	
• Ventilation	autonome	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie (préciser)	<input type="checkbox"/>	
	Appareillage respiratoire	<input type="checkbox"/> type		
	trachéotomie	<input type="checkbox"/> Type de canule :	Aspirations fréquence.....		
• Troubles cognitifs	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MMS :			
	Cohérence	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
	Orientation dans le temps	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
	Orientation dans l'espace	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
• Troubles du comportement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> agression	<input type="checkbox"/> risque de fugue	<input type="checkbox"/>	

Projet à la sortie

Bilan social réalisé Retour à domicile Maison de retraite Long séjour

Traitement en cours

Ou joindre la copie de l'ordonnance

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

Médecin demandeur :

Cachet et signature :