



Demande d'admission Hospitalisation Complète

Date de la demande :/...../.....

Date d'admission souhaitée :/...../.....

IDENTITÉ DU PATIENT**NOM DE NAISSANCE :** **NOM USUEL :****PRENOM :** **Date de naissance :**/...../..... **Age :**ans**Lieu de naissance :** **Sexe :****Adresse :** **Code Postal :** **Ville :****N° Tel fixe et/ou portable :** **Adresse e-mail :****Cadre de vie :** ☐ Au Domicile ☐ En Institution d'hébergement☐ Vit seul(e) ☐ En couple **Voisinage/Proches :** ☐ Entouré ☐ Isolé(e)

Information au patient : À l'issue de votre venue, les documents de sortie (lettre de sortie, ordonnances de sortie et de suivi de prise en charge) vous seront envoyés dans votre espace santé, afin que vous puissiez en prendre connaissance et garder l'historique de votre santé. Cela permettra aussi à d'autres professionnels qui vous prennent en charge d'en avoir connaissance pour améliorer votre suivi.

Pour toute question sur l'utilisation de Mon espace santé, vous pouvez consulter le site Internet www.monespacesante.fr ou appeler le 3422.

IDENTITÉ DU DEMANDEUR ET/OU IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT**Demande d'admission par le médecin traitant**☐ OUI ☐ NON**Médecin Traitant :****Dr****Adresse :****Code Postal :** **Ville :****Tel :** **Fax :****Mail/Medimail :**☐ **Demande d'admission à la demande de :****Etablissement :****Service****Tél. :** **Fax :**

Information aux médecins : Les différents courriers de vos patients peuvent vous être adressés par mail sécurisé. Cela à l'avantage d'être plus rapide, d'être sécurisé et vous permet d'archiver les courriers de manière plus simple sur votre ordinateur. Pour bénéficier de ce service gratuit, une simple inscription suffit sur « medimail.mipih.fr ».

MOTIF D'HOSPITALISATION**ANTÉCÉDENTS****OBJECTIFS DU SÉJOUR**☐ **Rééducation**☐ **Réadaptation****BESOINS ET SOINS SPÉCIFIQUES**☐ Kinésithérapie☐ Ergothérapie☐ Suivi psychologique☐ Soins infirmiers☐ Adaptation du domicile☐ Education physique Adaptée☐ Diététicien☐ Suivi social☐ Réinsertion professionnelle☐ Appareillage ou suivi d'appareillage**BMR**☐ Oui ☐ Non**Préciser :****Allergies médicamenteuses**☐ Oui ☐ Non **Préciser :**

Renseignements préalables à compléter et à retourner par fax. au 04.68.60.41.64

ou par mail : centre.lordat@a-3-s.mssante.fr / centre.lordat@a-3-s.fr avant toute admission définitive.



Demande d'admission Hospitalisation Complète

DEGRÉ D'AUTONOMIE

• Alimentation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Mixée	<input type="checkbox"/> Moulinée	<input type="checkbox"/> Régime (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Mange seul autonome	<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
• Toilette/Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
• Continence	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Incontinence anale	
	<input type="checkbox"/> Pénilex	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie	
• Autonomie	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Peut se déplacer mais fatigué(e)	<input type="checkbox"/> Marche avec déambulateur	
	<input type="checkbox"/> Marche avec canne	<input type="checkbox"/> Se déplace en fauteuil		
	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Fait les transferts seul(e)	<input type="checkbox"/> Alité au lit	
• Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MMS :		
	Cohérence	Orientation dans le temps	Orientation dans l'espace	
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
• Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Risque de fugue

TRAITEMENT EN COURS + Derniers bilans biologiques

Ou joindre la copie de l'ordonnance

PROJET DE VIE A LA SORTIE

- ☐ Retour à domicile
☐ Hébergement vers un établissement adapté ESMS (EHPAD....)
☐ Long séjour
☐ Autre :
☐ Bilan social réalisé : coordonnées de la personne et/ou du service social ayant initiée la démarche :

Médecin demandeur :

Dr

Cachet et signature :

Réponse de la commission d'admission (cadre réservé à l'établissement SMR Centre de Lordat)

<input type="checkbox"/> <u>Avis favorable, séjour pertinent</u> <input type="checkbox"/> <u>Avis défavorable, séjour non pertinent</u> <u>Motif du refus</u> Médecin traitant prévenu le : Par :	Date de la commission/...../.....
	Date d'admission retenue :/...../.....
	Signature (Médecin ou Cadre de Santé/IDEc) :

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données, le patient dispose d'un droit d'accès de rectification, d'opposition d'effacement et de limitation de l'utilisation de ces données qu'il peut exercer auprès du médecin qui le suit et/ou du délégué de protection des données du SMR Centre de Lordat (dpo@a-3-s.fr). Le patient peut également exercer un recours auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Renseignements préalables à compléter et à retourner par fax. au 04.68.60.41.64

ou par mail : centre.lordat@a-3-s.mssante.fr / centre.lordat@a-3-s.fr avant toute admission définitive.