


# Demande d'admission

*En vue de l'admission de votre patient au SSR Les Grands Cèdres, merci de nous faxer (3102) ces 2 pages dûment remplies : fiche d'admission, fiche d'autonomie.*

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etablissement demandeur : \_\_\_\_\_

Service d'origine : \_\_\_\_\_  : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Médecin responsable : \_\_\_\_\_


Date d'entrée souhaitée dans notre établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


## Patient(e)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

 Domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

 Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Chambre particulière souhaitée :  Oui  Non

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Motif de la demande d'hospitalisation en SSR : \_\_\_\_\_

Devenir :  
Personnes ressources (famille, aide à domicile, etc) : \_\_\_\_\_

Lieu de vie :  domicile, précisez (vit seul, escalier, ascenseur, etc) : \_\_\_\_\_

autre établissement : \_\_\_\_\_

Devenir envisagé :  
Assistante sociale :  oui, pourquoi : \_\_\_\_\_  
 non

Autre(s) établissement(s) demandé(s) : \_\_\_\_\_

# Fiche d'autonomie

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Traitement en cours (à détailler) :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autonomie personnelle	Autonome	Aide partielle	Totale
* Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Poids : .....			
* Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Utilisation toilettes	<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> couche	<input type="checkbox"/> bassin
			<input type="checkbox"/> poche de stomie
* Transferts lit / fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nécessitant</i>	<input type="checkbox"/> canne(s)	<input type="checkbox"/> cadre de marche	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant
* Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Soins cutanés, pansement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
* Risque d'escarre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Précisez :** \_\_\_\_\_

Capacités relationnelles	Intactes	Altérées
* Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Résolution des problèmes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Etat psychique actuel :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**REPONSE :**  
 Admissibilité :     Oui     Non, motif : \_\_\_\_\_  
 Date d'admission : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_