

DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE

- VOLET SOCIAL -

Date de la demande ----- Date d'entrée souhaitée ----- Date d'hospitalisation initiale -----

DEMANDEUR

Etablissement :----- Service -----

Médecin demandeur ----- ① N°----- ☎ N°-----

COORDONNEES PATIENT / ENTOURAGE

Patient

Nom marital ----- née ----- Prénom -----

Né(e) le ----- Age ----- ans Sexe : M F

Adresse -----

Ville / Code Postal ----- ① N° -----

<u>Référent familial</u>	Lien de parenté	① N°

Médecin Traitant

Nom ----- Commune ----- ① N°-----

DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie Vit seul(e) Avec conjoint En milieu familial En structure collective

Mesures judiciaires de sauvegarde oui non en cours

Assuré : Nom----- Prénom-----

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

Caisse (adresse) :----- CMU de base

Ouverture des droits : -----

Mutuelle : ----- Complémentaire CMU

Aide Médicale Etat : -----

Devenir envisagé : Retour à domicile souhaité

Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui Non

Démarches sociales en cours-----

Nom de l'Assistant Social

Date

Signature

① N°----- ☎ N°-----

ETABLISSEMENTS SOLLICITES :

DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE

VOLET MEDICAL

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____

ALD : Oui Non Valeur K Opérateur

Histoire de la maladie et diagnostic motivant la demande

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

Antécédents principaux et / ou pouvant interférer sur la prise en charge

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

Objectifs du séjour

➤ **Médicaux.**

.....
.....

➤ **Réadaptation-Rééducation**

.....
.....

➤ **Soins Palliatifs**

.....
.....

Traitement

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

Bilan infectieux

Patient est infecté, origine de l'infection : urinaire respiratoire autre
Si bactérie multi-résistante → Site Germe
Mesure d'isolement oui non

Etat médical : Stable Instable

Nom du Médecin Référent

Date

Signature

Un courrier médical et les derniers résultats biologiques dont les prélèvements bactériologiques avec antibiogramme sont indispensables lors de l'admission du patient.

- VOLET PARA-MEDICAL -

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Poidskgs

Soins médicaux et paramédicaux

Soins Paramédicaux	sondes - gastrique <input type="checkbox"/> - urinaire <input type="checkbox"/>	trachéotomie <input type="checkbox"/>	pansements <input type="checkbox"/> _____ _____	perfusion <input type="checkbox"/>
	stomies _____ _____	aspiration <input type="checkbox"/>	_____	PAC <input type="checkbox"/>
	_____	O ₂ _____/mn	escarres <input type="checkbox"/> _____ _____	voie profonde <input type="checkbox"/>
			matelas anti-escarres <input type="checkbox"/> type _____	seringue autopulsée <input type="checkbox"/>

Autonomie

Troubles de la vigilance		coma stade II- III 3	coma vigil 2	vigilance normale 1
Comportement	agressif opposant 4	DTS 3	troubles mineurs ou inconstants 2	normal 1
Continence - urinaire - anale	non non 4	non oui 3	oui non 2	oui oui 1
Toilette	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Alimentation	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Déplacement - transfert	aide complète 4	aide humaine 3	aide matérielle 2	seule 1
				Total =

Observations sur la prise en charge

.....
.....

Nom de l'Infirmier ou Cadre Infirmier

Date

Signature

Une fiche de transmission infirmière est indispensable lors de l'admission., Document ci-joint doc SOIN 15