

**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° -----

<b><u>Référent familial</u></b>	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 : \_\_\_\_\_

**Poids** .....kgs

**Soins médicaux et paramédicaux**

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

**Autonomie**

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

**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