



Dossier à retourner
par fax au **04.67.29.09.40**
ou par **mail** à secmed.cmjl@mfgs.fr

Date de la demande

/ /

Date d'entrée souhaitée

/ /

MEDECIN ADRESSEUR

Nom : Adresse :
Prénom :
Tél. :
Fax :
Mail : Médecin coordonnateur EHPAD

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Sexe : F M
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Adresse : Tél. :
Personne à prévenir : Lien :
Adresse : Tél. :

Médecin traitant (si différent du médecin adresseur) :

Nom : Prénom :
Adresse : Tél. :
Fax :
Mail :

DOSSIER MEDICAL

Diagnostic principal :

Date de l'intervention (si inférieure à 1 mois) : / /
Appui autorisé ? oui non

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE SSR (plusieurs choix possibles)

Rééducation (prise en charge sup. à 2h/jour)	<input type="checkbox"/>	Pré/post chimiothérapie	<input type="checkbox"/>
Réadaptation	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	Surveillance / équilibre thérapeutiques spécifiques. Précisez :	<input type="checkbox"/>
PEC immobilisation (durée sans appui : ... jours)	<input type="checkbox"/>		
PEC dénutrition	<input type="checkbox"/>		
Réadaptation sociale et professionnelle	<input type="checkbox"/>	Autres. Précisez :	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS**Médicaux :****Chirurgicaux** (indiquer dates) :**Allergie(s) :** oui non

Si oui, laquelle ?

Addictions : Alcool Tabac Autre(s), précisez :

Laquelle ?

BMR : oui non

Quand (date) ?

TRAITEMENTS (en cours et à poursuivre)*Joindre une ordonnance actualisée lors de l'admission du patient**Indiquer dosage et posologie*Troubles de la déglutition : Fausse route : Alimentation entérale :

Produit :

Alimentation parentérale :

Produit :

Assistance techniquePicc-Line VAC Site implantable (PAC) Dialyse Hétéro-sondage Aspiration Gastrostomie – jéjunostomie Iléostomie – urostomie Sonde naso-gastrique Colostomie Sonde vésicale **Assistance ventilatoire**Trachéotomie Oxygénothérapie VNI **Pansements :** oui non**Escarres :** oui non

Localisation :

Localisation :

Durée d'exécution :

 <30mn/jour >30mn/jour

Durée d'exécution :

 <30mn/jour >30mn/jour**Poids :****Régime alimentaire :****IMC :****Patient****Nom :****Prénom :**

EVALUATION DE L'AUTONOMIE						
<i>A : fait seul, habituellement, correctement</i>	ACTUELLE (avant séjour SSR)			RECHERCHEE (après séjour SSR)		
<i>B : fait partiellement</i>	A	B	C	A	B	C
<i>C : ne fait pas</i>						
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation						
Se servir (couper viande, peler 1 fruit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination						
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements						
Transferts (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur :	Avec canne <input type="checkbox"/>		Déambulateur <input type="checkbox"/>		Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vision normale	<input type="checkbox"/> Diminuée		<input type="checkbox"/> Cécité			
<input type="checkbox"/> Audition normale	<input type="checkbox"/> Diminuée		<input type="checkbox"/> Surdité			
ETAT PSYCHO-COMPORTEMENTAL						
Difficulté de communication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
Si oui,	<input type="checkbox"/> Aphasie		<input type="checkbox"/> Langue étrangère. Laquelle ?			
Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
Déambulation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
Désorientation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
Risque de fugue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
Opposition/agressivité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Occasionnelle		
ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL						
Vit seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non, avec qui ?			
Situation familiale						
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)		
Mesure de protection						
<input type="checkbox"/> Oui, laquelle :	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Sauvegarde	<input type="checkbox"/> Non		
Situation professionnelle						
<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Au chômage	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Invalidité			
Plan actuel d'aide						
IDE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Téléalarme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
HAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Repas à domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Garde de nuit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Proches	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Souhait du patient à l'issue du séjour en SSR						
Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Hébergement en institution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Si oui, démarches d�j � engagées ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Souhait de la famille à l'issue du séjour en SSR						
Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Hébergement en institution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non				
Si oui, démarches d�j � engagées ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Hospitalisation / consultation(s) prévue(s) ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Si oui, où et quand ?						

Patient

Nom :

Prénom :