CLINIQUE MUTUALISTE JEAN LEON Soins de suite et de réadaptation 322, allée des jardins – BP9 34280 LA GRANDE MOTTE Tél. : 04.67.29.08.00	Fiche Enregistrement **DOSSIER DE PRE-ADMISSION** ***Soins de suite polyvalents et gériatriques***	**CMJL/FE/132** **Date : 05/09/2017** **Version : 07**

Dossier à retourner
par fax au 04.67.29.09.40
ou par mail à secmed1@mfgs.mssante.fr et secmed2@mfgs.mssante.fr

Date de la demande	Date d'entrée souhaitée
/ /	/ /

MEDECIN ADRESSEUR

Nom :
Prénom :
Tél. :
Fax :
Mail :

Adresse :

Médecin coordonnateur EHPAD ☐

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :
Prénom(s) :
Adresse :

Sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : / /
Tél. :

Personne à prévenir :
Adresse :

Lien :
Tél. :

<u>Médecin traitant</u> *(si différent du médecin adresseur) :*

Nom :
Adresse :

Prénom :
Tél. :
Fax :
Mail :

DOSSIER MEDICAL

<u>Diagnostic principal :</u>

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

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

Rééducation (PEC sup. à 2h/jour)	☐	Pré/post chimiothérapie	☐
Réadaptation	☐	Radiothérapie	☐
Soins palliatifs	☐	Surveillance / équilibre thérapeutiques spécifiques. Précisez :	☐
PEC immobilisation (durée sans appui : … jours)	☐		
PEC dénutrition	☐		
Réadaptation sociale et professionnelle	☐	Autres. Précisez :	☐

ANTECEDENTS	
Médicaux :	**Chirurgicaux** *(indiquer dates) :*
Allergie(s) : ☐ oui ☐ non **Addictions** : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autre(s), précisez : **BMR** : ☐ oui ☐ non	Si oui, laquelle ? Laquelle ? 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 technique

Picc-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 Localisation : Durée d'exécution : ☐ <30mn/jour ☐ >30mn/jour	**Escarres** : ☐ oui ☐ non Localisation : Durée d'exécution : ☐ <30mn/jour ☐ >30mn/jour

Poids : **IMC :**	**Régime alimentaire :**
Patient **Nom :**	**Prénom :**

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

A : fait seul, habituellement, correctement *B : fait partiellement* *C : ne fait pas*	***Actuelle*** *(avant séjour SSR)*			***Recherchée*** *(après séjour SSR)*		
	A	***B***	***C***	***A***	***B***	***C***
Toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Habillage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation						
Se servir (couper viande, peler 1 fruit)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Elimination						
Urinaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Déplacements						
Transferts (lit/fauteuil)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intérieur	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Déplacements à l'extérieur : Avec canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐

☐ **Vision** normale ☐ Diminuée ☐ Cécité

☐ **Audition** normale ☐ Diminuée ☐ Surdité

ETAT PSYCHO-COMPORTEMENTAL

Difficulté de communication ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle

Si oui, ☐ Aphasie ☐ Langue étrangère. Laquelle ?

Compréhension ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle
Déambulation ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle
Désorientation ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle
Risque de fugue ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle
Opposition/agressivité ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnelle

ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

Vit seul(e) ☐ Oui ☐ Non, avec qui ?

Situation familiale
☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Mesure de protection
☐ Oui, laquelle : ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde ☐ Non

Situation professionnelle
☐ En activité ☐ Au chômage ☐ Retraité(e) ☐ Invalidité

Plan actuel d'aide

IDE	☐ Oui	☐ Non	Aide-ménagère	☐ Oui	☐ Non
SSIAD	☐ Oui	☐ Non	Téléalarme	☐ Oui	☐ Non
HAD	☐ Oui	☐ Non	Repas à domicile	☐ Oui	☐ Non
Garde de nuit	☐ Oui	☐ Non	Lit médicalisé	☐ Oui	☐ Non
Proches	☐ Oui	☐ Non	Fauteuil roulant	☐ Oui	☐ Non
Auxiliaire de vie	☐ Oui	☐ Non			

Souhait du patient à l'issue du séjour en SSR
Retour à domicile ☐ Oui ☐ Non
Hébergement en institution ☐ Oui ☐ Non
Si oui, démarches déjà engagées ? ☐ Oui ☐ Non

Souhait de la famille à l'issue du séjour en SSR
Retour à domicile ☐ Oui ☐ Non
Hébergement en institution ☐ Oui ☐ Non
Si oui, démarches déjà engagées ? ☐ Oui ☐ Non

Hospitalisation / consultation(s) prévue(s) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, où et quand ?

Patient

Nom : **Prénom :**