

Demande d'admission en Rééducation Gériatrique

Bénéficiaire

Nom : _____

Prénom : _____

Matricule : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Sécurité sociale : CNS CECA Autres

Type de demande

Séjour en stationnaire

Chambre 1 lit

Chambre 2 lits

Séjour en ambulatoire en Hôpital de Jour

Personne de contact

Nom/Prénom : _____

Lien : _____ Tél. : _____

Email : _____

Provenance du patient

Domicile

Hôpital : _____ Service : _____ Tél. : _____ Hospitalisation depuis le : _____

Renseignements médicaux

Motif initial d'admission à l'hôpital : _____

Pathologies/Diagnostics + date opératoire: _____

Antécédents médicaux/chirurgicaux significatifs : _____

Objectifs de la rééducation : _____

Traitements médicamenteux en cours (joindre photocopie de l'ordonnance) : _____

Autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse... + fréquence) : _____

Oxygène : Non Oui À préciser (si sevrage pas possible) : _____

! Si oui, veuillez svp envoyer l'ordonnance médicale du pneumologue à la CNS !

Germe résistant / nécessitant un isolement : MRSA : Non Oui Date de prélèvement* : _____

*Obligatoire Autre : Non Oui À préciser : _____



Autonomie

Toilette

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Habillage

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale

Alimentation

- Seul, sans difficulté
 Aide partielle
 Aide totale
 Stomie : _____
 Régime alimentaire : _____
 Allergies : _____

Continence

- Continence conservée
 Incontinence urinaire partielle
 Incontinence urinaire totale
 Sonde urinaire à demeure
 Cathéter sus-pubien
 Sondage urinaire in/out
 Incontinence anale

Déplacement

- Seul, sans difficulté ou au bras
 Aide technique
À préciser : _____
 Appui partiel (.....kg) autorisé à partir de : _____
 Décharge totale du MI jusqu'au : _____
 Lit/fauteuil

Comportement

- Aucun trouble
 Démence débutante
 Confusion
 Anxiété/Dépression
 Collaboration soignant
 Démence avérée
 Agitation jour/nuit
 Syndrome post-chute

Etat cutané

Renseignements sociaux

Statut du patient avant le séjour hospitalier :

- Vit seul à domicile
 Vit à domicile avec : _____
 Appartement Maison Escaliers
 Réseau de soins (à préciser) : _____
 CIPA / MS (à préciser) : _____

Devenir prévu à l'issue du séjour à l'HIS:

- Retour dans son milieu de vie antérieure sans réseau avec réseau

Démarche réalisée ? _____

Placement
Démarches réalisées ? _____

Demande d'Assurance Dépendance ? Oui Non

Directive anticipée ? Oui Non

Joindre impérativement à la demande d'admission :

→ Copie du rapport médical → Photocopie de l'ordonnance des médicaments

À son arrivée, le patient devra impérativement être muni de : → Rendez-vous médicaux futurs (post-opératoire, radio...)

→ Papiers d'identité → Carte CNS → Nécessaire de toilette → Habits civils + chaussures
→ Médicaments pour 24h → Copie de l'ordonnance O2 envoyée à la CNS → Aides techniques éventuelles

Demande validée par Dr. _____

Médecin généraliste : _____ Tél. _____

Date : _____

Date de transfert souhaité : _____

- Je souhaite être informé personnellement de la date de l'arrivée du patient à l'HIS.
 Le patient a été informé qu'une demande à l'HIS a été faite.

Cachet et signature du médecin

Signature du patient souhaitée