

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

Date de création : ..... / ..... / ..... Nom de votre établissement : .....  
 Médecin prescripteur\* : ..... Nom Unité opérationnelle : .....

<b>RENSEIGNEMENTS PATIENTS</b>	<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	<i>* Champs obligatoires dans le ROR</i>
<b>NOM*</b> : ..... <b>NOM DE JEUNE FILLE</b> : ..... <b>PRENOM*</b> : ..... <b>DATE DE NAISSANCE*</b> : ..... / ..... / ..... <b>SEXE*</b> : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Nationalité : ..... Adresse : ..... <b>CODE POSTAL*</b> : [ ][ ][ ][ ][ ] <b>VILLE*</b> : ..... 📞 : ..... Personne à prévenir : ..... Médecin traitant : ..... <b>N° de sécurité sociale</b> : [ ] <b>Caisse d'affiliation</b> : ..... Mutuelle : ..... <b>Environnement social et familial</b> : APA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ASPA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Protection juridique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Commentaires : ..... <b>Chambre particulière</b> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Date hospitalisation*</b> : ..... / ..... / ..... <b>Admission souhaitée le*</b> : ..... / ..... / ..... <b>Type d'hospitalisation souhaitée*</b> : Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hospitalisation de semaine <input type="checkbox"/> Hospitalisation de jour <input type="checkbox"/>		
<b>Unités contactées*</b> : Etablissement : ..... Unités : ..... Etablissement : ..... Unités : ..... Etablissement : ..... Unités : ..... Etablissement : ..... Unités : ..... Etablissement : ..... Unités : .....		
<b>Bloc notes</b> : .....		
Pièces jointes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> .....		

<b>RENSEIGNEMENTS PATIENTS</b>	<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>
Groupe pathologie* : ..... Pathologie* : ..... Commentaires : .....	
Diagnostic associé : ..... ..... .....	
Date d'intervention : ..... / ..... / ..... Poids (kg) : ..... Taille (cm) : .....	
Allergies* : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ..... Infections BMR* : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> .....	

**TRAITEMENTS**

Traitement / Administration / Posologie

..... | .....

..... | .....

..... | .....

Dyalise : oui  non  - Si oui modalités : .....

Chimiothérapie : ..... Radiothérapie : .....

**VENTILATION\*** Autonome  A préciser

Oxygène <input type="checkbox"/>	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Ventilation invasive <input type="checkbox"/>
Ventilation non invasive <input type="checkbox"/>	Aspiration trachéo bronchique <input type="checkbox"/>	Aérosols <input type="checkbox"/>
Commentaires : .....		

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **Date de naissance :** ..... / ..... / .....

RENSEIGNEMENTS PATIENTS

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (Suite)**

\* Champs obligatoires dans le ROR

**ETAT CUTANE\*** Bon  A préciser

Plaies  Escarres  Autres  Commentaires : .....

**CAPACITES FONCTIONNELLES\*** Autonome  A préciser

**Déplacements\*** : Autonome  Aide partielle  Aide totale  Commentaires : .....

**Transferts\*** : Autonome  Aide partielle  Aide totale  Commentaires : .....

**Toilette\*** : Autonome  Aide partielle  Aide totale  Commentaires : .....

**Habillage\*** : Autonome  Aide partielle  Aide totale  Commentaires : .....

## ELIMINATION\*

**Urinaire\*** : Autonome  Cathéter sus-pubien  Etui pénien  Incontinence   
Sonde à demeure  Sondage intermittent  Stomie

Commentaires : .....

**Fécale\*** : Autonome  Incontinence  Stomie

Commentaires : .....

## ALIMENTATION\*

Autonome  Aide partielle  Aide totale  Troubles de la déglutition   
Nutrition entérale  Nutrition parentérale  Régime particulier

Commentaires : .....

## COMMUNICATION

**Vision :** Normale  Altérée  Cécité

**Audition :** Normale  Altérée  Surdité

**Expression / Compréhension\*** : Normale  Altérée  Non francophone   
Troubles de la conscience  Troubles du langage

Commentaires : .....  
.....

## TROUBLES DU COMPORTEMENT ET COGNITIFS\*

Aucun  Agitation  Confus  Désorientation temporo-spatiale   
Risque de fugue  Risque suicidaire

Commentaires : .....

## CONCLUSIONS

**Propositions médicales\*** : .....

**Orientation prévue à la sortie du SSR\*** : Domicile  EHPAD  Etablissement spécialisé   
Hébergement famille  USLD  Pas d'orientation prévue

Commentaires : .....

### Affections cardio-vasculaire

Insuffisance cardiaque  
Coronaropathie  
HTA  
Troubles du rythme  
Phlébites et embolies pulmonaires  
Embolies et thromboses artérielles, gangrènes, amputations  
Artériopathies chroniques  
Transplantation cardiaque  
Remplacement valvulaire

### Affection neurologique et affection mentale

Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chutes  
Accidents vasculaires cérébraux  
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée  
Syndrome parkinsonien et apparenté  
Syndrome confusionnel aigu  
Traumatismes crâniens encéphaliques graves  
Pathologies médullaires et affections démyélinisantes  
Pathologies neuromusculaires  
Maladies neurodégénératives  
Etat végétatif persistant  
Troubles chroniques du comportement  
Etats dépressifs  
Etats anxieux  
Psychoses, délires, hallucinations  
Syndrome démentiel

### Affections bronchopulmonaires

Broncho-pleuro-pneumopathie et BPCO  
Asthmes sévères  
Insuffisance respiratoire  
Tuberculose pulmonaire  
Complications respiratoires de différentes affections (neurologiques, congénitales, obésité)  
Autres (Mucoviscidose, suite de chirurgie)

### Pathologies infectieuses

Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux  
Syndromes infectieux locaux  
Infections urinaires basses

### Affections dermatologiques

Escarres, ulcères, et autres plaies  
Autres lésions cutanées graves

### Affections ostéo-articulaires

Traumatologie et pathologie de l'épaule  
Traumatologie et pathologie de la hanche  
Traumatologie et pathologie du genou  
Traumatologie et pathologie vertébro-discale  
Traumatologies et pathologies osseuses d'autres localisations  
Polytraumatisme  
Suites d'amputations  
Chirurgie du handicap  
Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations

### Affections du système digestif

Syndromes digestifs hauts  
Syndromes abdominaux  
Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique  
Dénutrition

### Affections métaboliques et endocriniennes

Obésité  
Diabète  
Dysthyroïdie  
Troubles de l'hydratation

### Affections uro-néphro

Rétention urinaire  
Insuffisance rénale  
Incontinence

### Autres domaines pathologiques

Anémies  
États cancéreux  
Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique  
Syndrome inflammatoire ou fièvre inexplicables  
Pathologies oculaires évolutives  
Etat grabataire, troubles de la marche  
Etat terminal à plus ou moins longue échéance (soins palliatifs)  
Addictologie  
Autres pathologies