

ETIQUETTE

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
AGE : SEXE : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

Demande d'Admission

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
(À Faxer au : 02.62.42.89.88)

Hospitalisé depuis le * : / /

Date d'entrée souhaitée * : / /

Etablissement * :

Tel * :

Service * :

Médecin * :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile* :	Tel* : Mail :
Personne à prévenir* :	Tel* :
Mesures de protection : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Démarche en cours	

PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Numéro de sécurité sociale* :	Caisse :
Pays d'origine (Hors France) :	<input type="checkbox"/> AME
Mutuelle* : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	Forfait journalier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Supplément chambre seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà acquise <input type="checkbox"/> Démarche En cours

PASS SANITAIRE COVID 19 (si statut connu)

Vaccination : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> JANSSEN (<i>dose unique</i>) : Date :
Schéma vaccinal : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet	<input type="checkbox"/> PFIZER : Date 1 ^{ère} dose : Date 2 ^{ème} dose :
<input type="checkbox"/> TEST PCR : Date du dernier test	Résultats :
<input type="checkbox"/> TEST ANTIGENIQUE : Date du dernier test	Résultats :

DEVENIR

Vit seul : Oui Non :

Retour sur lieu de vie envisageable : Oui Non

Demande de placement en cours : Non Oui (Faxer le projet social)

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

Date de l'intervention chirurgicale * : / /

Appui autorisé Déficit NIHSS /42 BARTHEL /100

ANTECEDANT MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

HTA AVC DIABETE DENUTRITION Tabac Alcool Conduite addictives Actif Sevré

OBJECTIFS REEDUCATIFS

Le patient est-il connu d'une équipe pluridisciplinaire ? Non Oui :

DEMANDE A TRANSMETTRE : 📧 : admission@crfylang.com , **Fax** : 0262 42 89 88

Traitements en cours	Traitement habituel

Portage d'une BMR * : Oui Non (dépistage négatif) Non recherché

Infection * : Non Oui, site de l'infection :

Escarres : Plaie chirurgicale :

Capacité fonctionnelles *	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :
				<input type="checkbox"/> Kinésithérapie en cours
Déplacements *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Transferts *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :
Faire sa toilette *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Élimination urinaire :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, Date : / /
				<u>Élimination Fécale :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination digestive
Alimentation *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : <input type="checkbox"/> NasoGast. <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Régime : Date : / /
Communication				

Troubles de la conscience*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Glasgow :
Troubles de l'humeur *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles cognitifs *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles du comportement *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
		<input type="checkbox"/> Risque de fatigue <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Contention	

Information médicale complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Consentement du patient ou de la famille pour son transfert ? OUI NON

Demande remplie par :

Le :

Signature :

ACCEPTE REFUS

Séjour Antérieur : HC : /.... /... au /.... /....

Suivi Ylang avec Dr

HDJ.... /.... /... au ... /.... /....

Ex.Compl. Consultation

Notes :

ADMISSION PLANIFIEE LE :

Date du Staff :

Initiales secrétaire :

DEMANDE A TRANSMETTRE : ☎ : admission@crfylang.com , Fax : 0262 42 89 88