

LE PECH DU SOLEIL

ZAE Le Monestié

34760 BOUJAN SUR LIBRON

☎ 04 67 09 11 00 📠 04 67 09 11 99

secretairemedicale@pechdusoleil.fr

DEMANDE D'ADMISSION

IMPORTANT : Les SMR sont des services ouverts. Ils ne sont en conséquence, pas habilités à recevoir des patients sujets à des FUGUES en l'absence d'un avis psychiatrique.

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Pacsé(e)

Adresse :

Code Postal : Tél. :

N° immatriculation :/..... Mutuelle :

Personne à prévenir : Tél. :

Désir du patient : Chambre individuelle Chambre double

OBJECTIF DE LA READAPTATION (impératif) et date d'entrée souhaitée :

.....
.....
.....
.....

Prise en charge spécifique :

- **Douleur** Pompe à morphine Pousse seringue Stupéfiant
- **Soins** Perfusion Port à Cath BMR Escarre Pansement Pompe à Nutrition
- **Besoins** Kinésithérapie Ergothérapie

PATHOLOGIES EN COURS ET PROBLEMATIQUE ACTUELLE :

.....
.....
.....

Antécédents et allergies :

.....
.....

Joindre Ordonnance du TRAITEMENT COMPLET

EVALUATION AUTONOMIE

A	B	C		
			COHERENCE	Converse et se comporte de façon sensée par rapport aux normes admises
			ORIENTATION	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels
			TOILETTE DU HAUT	Faire seul, en entier, habituellement et correctement sa toilette du bas et du haut. Haut : (visage, tronc, membres sup., rasage, coiffage). Bas : (région intimes, membres inf., pieds)
			TOILETTE DU BAS	
			HABILLAGE DU HAUT	S'habiller seul, totalement et correctement. Haut : (bras, tête). Milieu : (boutons, ceinture, bretelles...). Bas : (pantalon, chaussettes, bas, chaussures)
			HABILLAGE DU MILIEU	
			HABILLAGE DU BAS	
			SE SERVIR	S'alimenter seul et correctement. Se servir (couper la viande, ouvrir un pot, se verser a boire, peler un fruit).
			MANGER	
			ELIMINATION URINAIRE	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale
			ELINATION ANALE	
			TRANSFERT	Se lever (du lit, canapé, du sol), se coucher et s'asseoir seul.
			DEPLACEMENTS INTERIEUR	Se déplacer seul (éventuellement avec une canne, déambulateur ou fauteuil roulant)

CADRE DE VIE : Maison individuelle Etage Appartement Ascenseur

PLAN D'AIDE

	<u>En Place</u>	<u>Effectuées</u>	<u>A prévoir</u>	<u>Note :</u>
Aide ménagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infirmière libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portage de Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Téléalarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maison de Retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Projet de sortie envisagé : Placement en Maison de Retraite Retour Domicile
Placement en soins de longue durée Soins Palliatifs

Information Complémentaires (réf stomie, oxygène, vni , sonde, etc) :

.....

MEDECIN DEMANDEUR :

Tél. : mail :

Signature :