


La Martinière

ETABLISSEMENT DE SANTÉ

Chemin de la Martinière - 91400 SACLAY

Tél : 01 69 33 67 19 – Fax : 01 69 33 67 16

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE
2- PARTIE MEDICALE (1/2)

(à remplir par le médecin)

NOM PRÉNOM

NÉ (E) LE

ADRESSE CP VILLE

PATHOLOGIES EN COURS MOTIVANT LA DEMANDE :

Date d'intervention :

 Soins spécifiques : oui non nature :

OBJECTIFS DU SÉJOUR EN SOINS DE SUITE A LA MARTINIÈRE (motif d'hospitalisation)

.....

Dates du séjour (28 jours maximum)* : A partir du

* s'il s'agit d'un séjour de répit, la durée est limitée à 21 jours maximum.

ANTÉCÉDENTS MARQUANTS

ETAT ACTUEL : Poids : Taille :

Etat général :

Particularités de l'examen clinique :

.....

Régime éventuel :

TRAITEMENT EN COURS

 T
T
T
C
O
U
T
E
U
X

 Alimentation parentérale – entérale
 EPO*
 Facteurs de croissance
 Chimiothérapie*
 Antibiothérapie/antifongique syst
 TTT Démence
 Antirétroviraux *
 Autre Innovation Thérapeutique*
 Oxygénothérapie en continue

 *Rétrocession oui non

DEVENIR A L'ISSUE DU SÉJOUR
 Retour à domicile Soins palliatifs Maison de retraite Soins longue durée
 Demande en cours faite le

DOSSIER D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE**2- PARTIE MEDICALE suite (2/2)****(à remplir par le médecin)**

Chemin de la Martinière - 91400 SACLAY

Tél : 01 69 33 67 19 – Fax : 01 69 33 67 16

AUTONOMIE**L'INTERESSÉ(E) EST**

- Alité en permanence
- Placé au fauteuil
- Se déplace seul sur courtes distances
- Se déplace avec aide d'un tiers
- Totalement valide

- UTILISE : Canne
- Déambulateur
- Fauteuil roulant
- APPUI AUTORISE : Oui Non

L'INTERESSÉ(E) PEUT

- | | Seul(e) | Aide partielle | Aide totale |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se lever : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire sa toilette : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'habiller : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'INTERESSÉ(E) PRESENTE

- | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Des escarres | <input type="checkbox"/> sacré | <input type="checkbox"/> autre | <input type="checkbox"/> stade |
| Une incontinence | <input type="checkbox"/> urinaire | <input type="checkbox"/> sonde provisoire | <input type="checkbox"/> sonde à demeure |
| | <input type="checkbox"/> anale | <input type="checkbox"/> intermittente | <input type="checkbox"/> permanente |
| Un déficit sensoriel majeur | <input type="checkbox"/> surdité | <input type="checkbox"/> c civit  | |
| Un Comportement : | <input type="checkbox"/> Normal | Agitation | <input type="checkbox"/> fréquent <input type="checkbox"/> occasionnel |
| | <input type="checkbox"/> Dépressif | Désorientation | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Démence sénile | Agressivité | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | Fugue | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | |

INFORMATION OBLIGATOIRE

- Transfusion au cours des derniers 3 mois : oui non
- Portage de bactéries multi résistantes : oui non

OSERVATIONS (mode de vie, situation socio-familiale, autres...)

NOM DU MEDECIN FAISANT LA DEMANDE :

Téléphone du service ou du correspondant à contacter :

Date et signature :