



2 rue Croix-Pasquier 37 081 Tours Cedex 2
Tél : 0 826 30 37 00

Demande d'admission directe

 **à faxer au 02 47 40 41 47**

Renseignements téléphoniques auprès du surveillant général, Eric Martin :
du lundi au vendredi, 9h-12h et 14h-17h au **02 47 40 41 40** (ligne directe)

Médecin demandeur

NOM : Dr.

Prénom :

 :

 :

@ :

Date de la demande :/...../201...

Date d'admission souhaitée :/...../201...

Renseignements administratifs & sociaux

Le patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../19....

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

N° de tél. :

Vit seul Seul mais entouré En couple

Personne à prévenir : Nom :

N° de tél. : Lien de parenté :

Protection juridique :

non sauvegarde de justice curatelle

tutelle mandat de protection future

Prise en charge

Qualité du bénéficiaire : Assuré(e) Ayant droit

Si bénéficiaire ≠ assuré :

Assuré : Nom : Prénom :

Adresse :

N° SS:

Caisse d'affiliation :

Mutuelle : non oui à préciser :

Demande de : chambre seule

chambre à deux lits

Le patient ne doit pas oublier de faire une demande de prise en charge auprès de sa mutuelle.

Renseignements médicaux

Situation / pathologie(s) / objectif(s) motivant la prise en charge :

Kinésithérapie souhaitable : oui non peut-être

Antécédents significatifs (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques) :

Poids :kg **Taille** :cm

Régime alimentaire : Normal Diabétique Hyposodé Hépatique Hyperprotidique Mixé Sans résidus

Si allergie(s), préciser :

Si conduite(s) à risque, préciser : Alcool Tabac Stupéfiants Sevrage

Traitements

Traitements en cours (y compris traitement personnel)

Traitement particulier : Radiothérapie Chimiothérapie Dialyse

Médicament	Dosage	Horaire	Durée (si prescrite)	Observations

Soins infirmiers

Portage d'une BMR : non (dépistage négatif) non recherché oui **Infection** : non oui , site :

Isolement nécessaire : non oui , cause :

Etat cutané : Normal A risque

Plaies Si oui, localisation(s) et taille(s) :

Escarres Si oui, localisation(s) et taille(s) :

Si **pansement(s)** important(s), temps estimé :

Autres soins :

Autonomie du patient

Degré de dépendance (cocher une case par ligne)

		Autonomie	Aide partielle	Aide totale
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation (précisions) :

Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>
Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/>
Alimentation entérale :	
- Stomie d'alimentation	<input type="checkbox"/>
- Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>

Nature de la dépendance (entourer les rubriques concernées)

Déplacements	Patient chuteur	Béquille	Déambulateur	Fauteuil roulant	Bas / bandes à varice
Appareillage	Orthèses	Prothèses	Traction	Pace-maker	Autres
Respiration	Aspiration	Oxygène	Ventilation	Aérosol	Trachéotomie
Vue	Diminuée / appareillée	Cécité			
	Diminuée / appareillée	Surdité			
Ouïe	Diurne	Nocturne	Protections	Sonde urinaire à demeure	Etui pénien
	Diurne	Nocturne	Protections	Stomie d'élimination	
Comportement	Agitation / agressivité	Risque de fugue	Confusion	Troubles mineurs	Troubles majeurs
Humeur et mémoire	Dépression / apathie	Anxiété	Désorientation	Troubles de la mémoire	
Relation	Trouble du langage	Trouble de la compréhension	Ne parle pas le français	Ne comprend pas le français	
Sommeil	Insomnie	Somnolence			
Thermorégulation	Hypothermie	Hyperthermie			

Devenir de la personne

Possibilité de récupération

Retour à domicile ⇒ avec aide Domicile : maison appartement

Entrée en institution ⇒ démarches entreprises : aucune par la famille par une assistante sociale Tél. :

Nature des démarches entreprises :

(Ne pas remplir : réservé à un médecin de l'établissement)

DECISION

Pourra être admis le/...../201...

Ne pourra être admis en raison de : manque de place / relève d'un autre type de SSR / autre raison (préciser) :

Demande incomplète à cause de :

Tout malade présentant à son entrée dans l'établissement un état pathologique ne correspondant pas à celui décrit sur le présent certificat risque à la suite de la visite médicale d'entrée, de ne pas pouvoir finalement être admis à la clinique.