

PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT (Le dossier complet sera traité en priorité)

- **Ordonnance de traitement à jour**
- **Lettre de liaison ou bilan médical ou CR d'hospitalisation**

Nom et cachet de l'adresseur

Date de la demande :

Adresseur (nom + mail):

HC

Date d'entrée souhaitée :

Pharmacie habituelle :

HDJ

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° tel :

Nom médecin traitant :

N° tel :

N° sécurité sociale :

Caisse :

Mutuelle :

N° adhérent :

Chambre particulière : oui non

Personne à contacter :

N° tel :

Lien avec le patient :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif d'hospitalisation : rééducation convalescence soins palliatifs autre :

En rapport avec l'ALD : oui non

Diagnostic principal :

Date d'intervention :

Antécédents :

Allergies :

AUTONOMIE & CHARGE EN SOINS

Nursing : autonome aide partielle aide totale

Alimentation : autonome troubles de la déglutition

Déplacement : autonome aide technique :

Comportement : calme agité agressif désorienté

Escarre : oui non *si oui, localisation :*

BMR : oui non *si oui, date :*

Risque de fugue : oui non

APPAREILLAGE

Voie veineuse : oui non

Pansement : oui non

Picc Line : oui non

Oxygène : oui non

Stomie urinaire : oui non

Stomie fécale : oui non

Dialyse : oui non

Cathe perinerveux : oui non

VNI : oui non

VAC : oui non

GPE : oui non

Trachéotomie/trachéostomie oui non

Localisation : Nombre : Durée :

Date de pose :

Débit :

Références :

Références :

Jours et heures :

DEVENIR

Projet de vie : retour à domicile famille d'accueil EHPAD autre :

Démarches en cours : Assistante sociale :

Famille informée de la demande d'admission : oui non