

DEMANDEUR

Docteur : Adresse ou établissement :
 Service : N° tél : N° Fax :
 Nom Médecin traitant : Adresse :
 N° tél. : N° Fax :
 Service demandé: ☐ MOYEN SEJOUR

IDENTIFICATION

NOM MARITAL : NOM DE JEUNE FILLE :
 Prénoms : Nationalité :
 Date et lieu de naissance :
 Age : ans Sexe : ☐ M ☐ F
 Adresse :
 Code postal / Ville :
 N° Téléphone : Portable :
 Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / / Caisse :
 Statut Familial : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Pacs
 Vit : ☐ Seul(e) ☐ Institution ☐ Famille d'accueil ☐ Autre :

PERSONNES A CONTACTER

NOM - PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE - TELEPHONE

VOLET SOCIAL

BENEFICIE DE : ☐ C.M.U ☐ Mutuelle ☐ Aide Médicale d'Etat : ☐ A.P.A. ☐ A.L.D.
 pourquoi : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle
 Coordonnées du mandataire, curateur, tuteur :

DEVENIR ENVISAGE :

☐ Retour au domicile ☐ Prise en charge par la famille : ☐ Placement : ☐ Famille d'accueil ☐ Institution
 Etablissements sollicités :
 Démarches sociales en cours :

Nom et N° téléphone de l'Assistant(e) Social(e) :

VOLET MEDICAL

Motif de la demande d'hospitalisation :

Diagnostique :

Pathologies associées :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques :

Objectifs de l'hospitalisation :

- Médicaux :

- Réadaptation - Rééducation :

- Soins palliatifs :

Traitement actuels (copie de l'ordonnance) :

ETAT CLINIQUE :

1 - Vigilance : ☐ Conscient ☐ Coma vigil ☐ Coma II / III

2 - Toilette : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant

3 - Elimination : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Sonde urinaire ☐ Stomie ☐ Couches

4 - Alimentation : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant ☐ Stomie ☐ Appareil dentaire
☐ Troubles de la déglutition ☐ Alimentation entérale ☐ Alimentation parentérale

5 - Respiration : ☐ Autonome ☐ Aérosol ☐ Trachéotomie ☐ Aspirations ☐ Oxygénothérapie

6 - Déplacement : ☐ Autonome ☐ Béquilles ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil ☐ Ne fait pas
☐ Risques de chute

7 - Comportement : ☐ Apathique ☐ Opposant ☐ Agitation ☐ Agressivité ☐ Fugues ☐ Déambulation

8 - Plaies : Type : Protocole :

9 - Douleur chronique : ☐ OUI ☐ NON ☐ Localisation :

10 - Bilan infectieux : ☐ Urinaire ☐ Respiratoire ☐ Autre :
☐ BMR : Site Germe :

Joindre les résultats biologiques dont la bactériologique et l'antibiogramme

Souhaits de prise en charge spécifiques complémentaires :

☐ Stimulation cognitive ☐ Suivi psychologique ☐ Bilan neuro-psychologique ☐ Ostéopathe

☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Soins de podologie ☐ Éducation alimentaire

Commentaires :

Médecin demandeur : Date : Signature :

EXAMEN CLINIQUE

Poids : Taille : I.M.C. : T.A. : Pouls :

1/ EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

S.F. : Auscultation :

Pouls périphériques : E.C.G. : O.M.I. :

2/ EXAMEN PULMONAIRE :

S.F. : Auscultation :
.....

3/ EXAMEN DIGESTIF :

S.F. :
Examen:.....
.....

4/ EXAMEN NEUROLOGIQUE :

M.M.S. : S.F. :

Examen:.....
.....

5/ EXAMEN OSTEO-ARTICULAIRE :

.....
.....

6/ EXAMEN URO-GENITAL :

S.F. :

Examen clinique :
.....

7/ AUTRES :

S.F. :
Examen clinique :
.....

AU TOTAL :

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

BILAN A FAIRE :

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

Médecin demandeur : Date : Signature :