

DEMANDE DE PRE-ADMISSION

En vue de l'admission de votre patient, merci de nous retourner ces **2 pages dûment remplies** ainsi qu'une **ordonnance de son traitement en cours** par courrier à l'adresse : 2 Avenue Boissier – 34240 Lamalou-les-Bains ou par mail à l'adresse : accueil.lecolombier@capsante.fr

IDENTITE DU PATIENT

Nom :
 Prénoms :
 Sexe : ☐ H ☐ F
 Date de naissance :
 Adresse :

 Tel :
 Caisse d'affiliation :
 N° Immatriculation :
 Mutuelle :
 Chambre particulière souhaitée : ☐ Oui ☐ Non

Date de la demande : / /

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom, prénom du demandeur :

 Tel :
 Signature :
 Médecin traitant :
 Date d'entrée souhaitée : / /

CADRE DE VIE AVANT HOSPITALISATION

- Au domicile : ☐ En couple ☐ Vit seul ☐ Autre :
- Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui : type, personne référente et coordonnées :
- Personne à prévenir : nom, téléphone et lien avec patient : **
- Dispositifs médicaux sociaux existants : ☐ Aides à domicile ☐ APA ☐ Portage des repas ☐ Téléalarme
☐ IDE-SSIAD-HAD ☐ CMP ☐ Autres (préciser) :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

- Motif d'hospitalisation :

 En cas d'intervention chirurgicale, précisez la date : / /
- Antécédents et allergies :

 - Poids et taille : Surcharge pondérale : ☐ Oui ☐ Non
- Projet de soins : ☐ Rééducation ☐ Réadaptation ☐ Convalescence ☐ Diététique ☐ Soins palliatifs
- Objectifs attendus :

AUTONOMIE ET PRISE EN SOINS

- **Comportement** : ☐ Adapté ☐ Renfermé ☐ Agité ☐ Tendance à crier
- **Communication** : ☐ Adapté ☐ Troubles du langage ☐ Cécité ☐ Surdité ☐ Appareillage
- **Orientation** : ☐ Orienté ☐ Désorienté ☐ D ambul nt ☐ Fugueur
- **Toilette / Habillage** : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
- **Alimentation** : ☐ Normale ☐ Régime : ☐ Texture : ☐ Par sonde
- **Prise des repas** : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Risque de fausses routes
- **Elimination urine** : ☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Sonde urinaire, date de pose : / /
- ☐ Stomie, référence :
- **Elimination fécale** : ☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Stomie, référence :
- **Mobilité / transfert** : ☐ Valide ☐ Avec aide ☐ Aide totale ☐ Fauteuil roulant ☐ Canne, d ambul teur
- **Respiration** : ☐ Autonome ☐ Dyspnée ☐ Trachéotomie ☐ Appareil d'aide respiratoire
- ☐ Oxygène Si oui, préciser débit et noms du prestataire :

Prise en charge spécifique :

- **Douleur** : ☐ Pompe à morphine ☐ Pousse seringue ☐ Stupéfiant
- **Soins** : ☐ Perfusion ☐ Port à cath ☐ Picline, date de pose : / /
- ☐ BMR, préciser : Si oui, spécifier la mesure de précaution complémentaire :
- ☐ Escarre ☐ Pansement(s) Si oui, spécifier le protocole :
- **Matériel** : ☐ Matelas à air ☐ Orthèse Si oui, spécifier le type :

DEVENIR ENVISAGE APRES LE SEJOUR

- ☐ Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation
- ☐ Dispositifs médico-sociaux nouveaux   prévoir ou à réévaluer pour retour à domicile
 - ☐ Aides à domicile ☐ APA ☐ Portage des repas ☐ Téléalarme
 - ☐ IDE-SSIAD-HAD ☐ CMP ☐ Autres (préciser) :
- ☐ Orientation vers une institution d'hébergement adaptée
 - Cette modification a-t-elle été abordée ? ☐ Avec le patient ☐ Avec la famille
 - Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergements ? ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, lesquelles ?
 - Coordonnées de la personne ayant initiée la démarche :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

JOINDRE A CETTE DEMANDE UNE ORDONNANCE DU **TRAITEMENT EN COURS**



SMR LE COLOMBIER
2 Avenue Boissier
34240 LAMALOU LES BAINS
Tel : 04 67 23 31 50