

FICHE DE PRE-ADMISSION EN SSR (Page 1/2)

Décision : (cadre réservé au SSR)

Admission :

Date programmée :

N° chambre attribuée :

Refus : Motif :

Date de réponse au demandeur :

Etablissement SSR destinataire :

Date de la demande :

__/__/__

❶ Identité du patient (étiquette)	❷ Identité du demandeur (cachet)	
Nom :	Demandeur : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr	
Prénom :	Nom et Fonction du demandeur :	Signature :
Date de naissance : __/__/__ Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
Adresse :	Tél :	
	Centre Hospitalier / Clinique :	
	Service :	
Caisse d'affiliation : N° Immatriculation :	Médecin responsable ou Médecin traitant :	
Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée souhaitée :	
Désir du patient : <input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Indifférent		

❸ Cadre de vie avant hospitalisation

<p>♦ Au Domicile : <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Autre Voisinage/Proches : <input type="checkbox"/> Entouré <input type="checkbox"/> Isolé</p> <p>♦ En Institution d'hébergement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Médecin traitant : (Nom et Téléphone)</p>
<p>Mesure de protection juridique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Coordonnées du tuteur :</p>	<p>Personne à prévenir (Nom et Téléphone) :</p>
<p><u>Dispositifs médicaux sociaux existants</u> : <input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Télé Alarme <input type="checkbox"/> IDE-SSIAD-HAD <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> Autres (préciser).....</p>	

❹ Renseignements médicaux

<p>Diagnostic principal :</p>	<p>Liste des médicaments : (ou joindre traitement en cours)</p> <p>♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦</p>
<p>Etat clinique et son évolution:</p>	
<p>Antécédent(s) et Allergies :</p>	
<p>Date d'accident : Date d'intervention :</p>	<p>Sur-Poids : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Prescription chambre d'isolement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Projet de soins en SSR : <input type="checkbox"/> Rééducation <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Convalescence <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs</p> <p>Objectifs attendus :</p>	

FICHE DE PRE-ADMISSION EN SSR (Page 2/2)

Nom et Prénom du patient :
(ou étiquette)

⑤ Autonomie et charge en soins (Informations complémentaires éventuelles en cadre 7)

- ♦ **Comportement** Adapté Renfermé Agité Tendance à crier
- ♦ **Communication** Adapté Troubles du langage Cécité Surdité Appareillage
- ♦ **Orientation** Orienté Désorienté Déambulant Fugueur
- ♦ **Toilette / Habillage** Autonome Aide partielle Aide totale
- ♦ **Prise des repas** Autonome Aide partielle Aide totale
- ♦ **Elimination urine** Continent Incontinent Sonde urinaire Stomie
- ♦ **Elimination fécale** Continent Incontinent Stomie
- ♦ **Mobilité / transfert** Valide Avec aide Aide totale Fauteuil roulant Canne déambulateur
- ♦ **Alimentation** Normale Régime :..... Texture :..... Par sonde
- ♦ **Respiration** Autonome Dyspnée Oxygène Trachéotomie Appareil d'aide respiratoire

Prise en charge spécifique :

- ♦ **Douleur** Pompe à morphine Pousse seringue Stupéfiant
- ♦ **Soins** Perfusion Port à cath BMR Escarre Pansement(s)

⑥ Devenir envisagé après le séjour en SSR

- Pas de modification du cadre de vie avant hospitalisation (cadre 3)**
 - Dispositifs médico-sociaux nouveaux à prévoir ou à réévaluer pour retour à domicile**
 - Aide(s) à domicile APA Portage des repas
 - Télé Alarme 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'hébergement ? Oui Non
- Si oui, lesquelles ?
-
- Coordonnées de la personne et/ou du service social ayant initié la démarche:

⑦ Informations complémentaires aux cadres ci-dessus

⑧ Actualisation des informations (réservé au SSR)