

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> | Médecin traitant : (Nom et Téléphone) |
| Mesure de protection juridique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Coordonnées du tuteur : | Personne à prévenir (Nom et Téléphone) : |
| Dispositifs médicaux sociaux existants : <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)..... | |

❹ Renseignements médicaux

| | |
|--|--|
| Diagnostic principal : | Liste des médicaments : (ou joindre traitement en cours) |
| Etat clinique et son évolution : | ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ |
| Antécédent(s) et Allergies : | |
| | Sur-Poids : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Date d'accident : Date d'intervention : | Prescription chambre d'isolement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 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 | |
| Objectifs attendus : | |

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)

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC)

Coordonnées du demandeur :

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

Nom :

Médecin traitant : Dr

Téléphone :

Mail :

Etablissement :

Service :

Patient :

Nom : Prénom :

Mobilité :

Date de naissance :

Soins techniques :

MOTIF PRINCIPAL DE L'ADMISSION A L'UCC :

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS (joindre SVP une copie de l'ordonnance)

Oxygène : Oui Non

Pansement : Oui Non

Lieu de vie : Domicile

EHPAD

Si oui, nom :

Aides à domicile : Oui

Non

Lesquelles

Changement du lieu de vie envisagé : Oui

Non

Démarches engagées : Oui

Non

Entourage :

Aidant principal :

Conjoint

Enfants

Fratrie

Pas d'aidant

Autres

Protection juridique : Oui

Non

En cours

Laquelle ?

Famille, tuteur ou aidant informé de la démarche :

Oui

Non

Commentaires :

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation _____

| Items | NA | Absent | Fréquence | Gravité | F x G | Retentissement |
|---|----|--------|-----------|---------|-------|----------------|
| Idées délirantes | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Hallucinations | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Agitation/Agressivité | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Dépression/Dysphorie | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Anxiété | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Exaltation de l'humeur/ Euphorie | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Apathie/Indifférence | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Désinhibition | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Irritabilité/Instabilité De l'humeur | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Comportement moteur aberrant | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Sommeil | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Appétit/Troubles de l'appétit | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

Traduction Française P.H.Robert, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996

Le NPI est protégé par un copyright.