

# FICHE DE PREADMISSION EN SSR

Date de la demande	Date d'admission souhaitée	Date d'admission prévue avec le SSR	Date d'admission réelle

<b>Etablissement</b>	<input type="checkbox"/> Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (C.S.S.R.) / <input type="checkbox"/> CHS / <input type="checkbox"/> SSR Poindimié
<b>Secteur</b>	

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE SERVICE DEMANDEUR

	NOM – Prénom	Tél.	E.mail	Fax
Médecin demandeur				
Cadre de santé				
Travailleur social				

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

<b>NOM de naissance</b>		<b>Date de naissance</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Ville de naissance</b>	
<b>NOM d'usage</b>		<b>Pays de naissance</b>	
<b>Sexe</b>		<b>Téléphone</b>	
<b>Adresse domicile</b>		<b>Code postal</b>	

<b>Situation professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Autres :
----------------------------------	---	---	--

<b>Personne à prévenir</b>	NOM	Lien de parenté	Téléphone

<b>Médecin traitant</b>	NOM	Prénom	Téléphone

## PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

<b>Couverture sociale</b>	N°
<b>Caisse d'affiliation</b>	
<b>Mutuelle</b>	<input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> non</span> Si oui, NOM de la Mutuelle : Forfait journalier : <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> Supplément chambre seule : <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span>
<b>Séjour en rapport avec</b>	<input type="checkbox"/> LM 100 % en rapport avec l'hospitalisation <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> déjà acquise</span> <span style="margin-left: 400px;">ou</span> <input type="checkbox"/> démarche en cours  <u>Date de la demande</u> : ..... <u>Code</u> : ..... <u>Médecin référent</u> : .....  <input type="checkbox"/> K > <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> AT ou maladie professionnelle</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autres</span>

## ASPECT SOCIAL

<b>Mode de vie</b>	<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> En milieu familial	<input type="checkbox"/> En structure collective
	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
<b>Intervenants à domicile avant hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> IDE	Nom		Coordonnées
	<input type="checkbox"/> Kinés			
	<input type="checkbox"/> Orthophoniste			
	<input type="checkbox"/> Aux. de vie			
	<input type="checkbox"/> Aide-ménagère			
	<input type="checkbox"/> Autres			
	<input type="checkbox"/> Présence famille			

<b>Logement</b>	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Squatt	<input type="checkbox"/> Tribu
	<input type="checkbox"/> Eau	<input type="checkbox"/> Electricité	<input type="checkbox"/> Sanitaires	<input type="checkbox"/> Téléphone
	<input type="checkbox"/> Etage sans ascenseur	<input type="checkbox"/> Hébergement institutionnel	Autres :	

<b>Aides techniques</b>	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Chaise percée	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Déambulateur
-------------------------	---	--	---	---------------------------------------

<b>Protection juridique</b>	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
	Si oui :			
	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Demande en cours
	NOM :		Coordonnées :	

<b>Prestation perçue avant hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
	Si oui :			
	<input type="checkbox"/> Allocation personnalisée (handicap)	<input type="checkbox"/> Minimum vieillesse		
	<input type="checkbox"/> Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité		
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Demande en cours		

<b>Informations importantes à signaler</b>	
--	--

## PRESCRIPTION MEDICALE

### PATHOLOGIE ET OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

Date d'hospitalisation	Date de l'intervention chirurgicale	Patient stabilisé
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX & PSYCHIATRIQUES

### PATHOLOGIE ACTUELLE NECESSITANT LA DEMANDE

### OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

### DEVENIR ENVISAGE

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> avec aide / adaptation : .....
<input type="checkbox"/> En institution	<input type="checkbox"/> démarche en cours
<input type="checkbox"/> Autres, précisions : .....	<input type="checkbox"/> démarche à effectuer
.....	
.....	
.....	

<b>Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Si oui, laquelle :		
	NOM :	Contact :	Coordonnées :

## COMORBIDITES ACTIVES

### Cardiologie – vasculaire - pulmonaire

- HTA compliquée ou résistante au traitement
- Troubles du rythme
- Cardiopathie ischémique chronique ou séquelle d'infarctus myocardique ou insuffisance cardiaque congestives
- Maladie thromboembolique sévère (embolie pulmonaire récente ou ancienne)
- Artériopathie des membres inférieurs
- Insuffisance respiratoire ou BPCO sévère
- Valvulopathies

### Neurologie – psychiatrie

- Maladie neurologique invalidante (AVC – traumatisme crânien – lésion médullaire – Parkinson – SEP...)
- Comitialité
- Troubles cognitifs et/ou comportementaux
- Troubles de l'humeur
- Troubles psychiatriques chroniques

### Oncologie – hématologie

Tumeur maligne ou hémopathie maligne évolutive  
Risque hémorragique

### Métaboliques, rénales, autres...

- Diabète insulo-requérant et/ou multicompliqué
- Dénutrition sévère : albuminémie inf. 30 g/l ou amaigrissement sup. à 10 % du poids
- Pathologie rhumatismale ou orthopédique invalidante
- Chutes à répétition
- Autre situation particulière modifiant la prise en charge :  Allergies  Conduites addictives

## TRAITEMENT EN COURS

Traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher	Observations

## MODE D'ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

<input type="checkbox"/> Pousse seringue	<input type="checkbox"/> Site implantable
<input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique Date de pose :	<input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale Date de pose :



Ventilation	
<input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Aspiration trachéo-bronchique <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive <input type="checkbox"/> Ventilation invasive continue <input type="checkbox"/> Appareillage des apnées du sommeil

Etat cutané		
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> A risque, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> Plaies	Localisation :	Soins :
<input type="checkbox"/> Escarres	Localisation :	Soins :

Portage d'une BMR ?		
<input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif)	<input type="checkbox"/> Non recherché	<input type="checkbox"/> Oui
Infection ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Site de l'infection :
Commentaires :		

Appareillage		<input type="checkbox"/> RAS
<input type="checkbox"/> Traction	Commentaires :	
<input type="checkbox"/> Prothèse	Commentaires :	
<input type="checkbox"/> Orthèses	Commentaires :	
<input type="checkbox"/> Autres	Commentaires :	

<b>Consignes particulières de prise en charge : soins techniques infirmiers</b>

<b>Commentaires :</b>

Rendez-vous pris pour le patient :	Rendez-vous ultérieurs à programmer :