

FICHE DE PRE-ADMISSION EN SSR CLINIQUE DU REFUGE MAZAMET

TEL : 05.63.97.72.00-FAX : 05.63.97.72.68

Décision : (cadre réservé au SSR)

Admission :

Date programmée :

N° chambre attribuée :

Refus : Motif :

Date de réponse au demandeur :

Etablissement SSR destinataire :

Nom du référent :

Date de la demande :

__/__/__

① Identité du patient (étiquette)	② 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 :	Nom du référent :
	Tél :
	e-mail :
	Centre Hospitalier / Clinique :
Caisse d'affiliation :	Service :
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	

③ Cadre de vie avant hospitalisation

• 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	Médecin traitant : (Nom et Téléphone)
• En Institution d'hébergement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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).....	

④ Renseignements médicaux

Diagnostic principal :	Liste des médicaments : (ou joindre traitement en cours)
Etat clinique et son évolution:	• • • • • •
Antécédent(s) et Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	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

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 : Oui Non

- **Douleur** Pompe à morphine Pousse seringue Stupéfiant
- **Soins** Perfusion Port à cath BMR Escarre Pansement(s)
- **Evaluation gériatrique :** Oui Non

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 Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergement ? Oui Non
- Avec la famille Si oui, lesquelles ?
-
- Coordonnées de la personne et/ou du service social ayant initié la démarche:

⑦ Informations complémentaires aux cadres ci-dessus

Joindre projet de soins individualisé

⑧ Actualisation des informations (réservé au SSR)