



**AUTONOMIE ET CHARGE DE SOINS**

- Comportement :**  Adapté  Renfermé  Agité  Troubles cognitifs
- Communication :**  Adapté  Cécité  Surdité  Appareillage  Troubles du langage
- Orientation :**  Orienté  Désorienté  D ambulant  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 : .....
- Respiration :**  Autonome  Dyspnée  Oxygène  Trachéotomie  Appareil d'aide respiratoire

**Prise en charge spécifique :**

- Douleur**  Pompes à morphine  Pousse seringue  Stupéfiant
- Soins**  Perfusion  DVI  PICC LINE  IV
- Escarre  Pansement
- Alimentation**  Entérale  Parentérale

**DEVENIR ENVISAGE APRES LE SEJOUR EN SSR**

- Pas de modification du cadre de vie antérieure à l'hospitalisation
- Dispositifs médico-sociaux nouveaux   prévoir ou à r evaluer pour retour à domicile
- Aide(s)   domicile  APA  Portage des repas
- Télé Alarme  IDE – SSIAD – HAD  CMP  Autres : .....
- Orientation vers une institution d'hébergement adaptée
- Cette modification a-t-elle été abordée ? Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergement ?  Oui  Non
- Avec le patient  Avec la famille
- Si oui, lesquelles ? .....
- .....
- Coordonnées de la personne et/ou service social ayant initié la démarche :  
.....

**COMPLEMENTS D'INFORMATIONS****SIGNATURE MEDECIN ADRESSEUR**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature/Tampon :

**DECISION**

Validation du Médecin de la Clinique :  Oui  Non

Motifs du refus : .....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature/Tampon :