

FICHE DEMANDE D'ADMISSION A LA CLINIQUE LE MERIDIEN SOINS MEDICAUX ET DE READAPTION

Date de demande : __ / __ / ____

Date d'admission souhaitée : __ / __ / ____

Etablissement/Médecin adresseur :

A remplir et retourner mail : admission.meridien@sedna-sante.com

IDENTITE DU PATIENT	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance : __ / __ / ____	Sexe : ☐ H ☐ F
Adresse :	
Mutuelle :	
N° de sécurité sociale :	
☐ ALD ☐ CMU ☐ AME	
Désir du patient : ☐ Chambre individuelle ☐ Chambre double ☐ Indifférent	
CADRE DE VIE AVANT HOSPITALISATION	
Au domicile : ☐ En couple ☐ Vit seul(e) ☐ Autre	
Voisinage / Proche : ☐ Entouré(e) ☐ Isolé(e)	
En situation d'hébergement : ☐ Oui ☐ Non	
Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non	
Coordonnées du tuteur/curateur :	
Médecin traitant : Nom : Tel :	
Personne à prévenir : Nom : Tel :	
Dispositifs médicaux sociaux existants : ☐ Aide(s) à domicile ☐ APA ☐ Portage des repas ☐ Télé Alarme ☐ IDE – SSIAD – HAD ☐ CMP ☐ Autres :	
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
Nom- Prénom médecin traitant ou adresseur : Téléphone :	
Diagnostic : Date d'intervention :	
<u>Motif de la demande :</u>	
<u>Antécédent :</u>	
Poids : Taille :	
<u>Traitement médicamenteux :</u> - Joindre la fiche de traitement (pas de prescription retranscrite) - Fournir 48h de traitement au patient lors de son transfert	
<u>Objectif(s) du séjour :</u>	
<u>Allergies :</u>	
<u>Infections :</u> Portage BMR : OUI ☐ NON ☐ Site d'infection : Portage BHRe : OUI ☐ NON ☐ Autres :	

AUTONOMIE ET CHARGE DE SOINS					
Comportement :	☐ Adapté	☐ Renfermé	☐ Agité	☐ Troubles cognitifs	
Communication :	☐ Adapté	☐ Cécité	☐ Surdité	☐ Appareillage	☐ Troubles du langage
Orientation :	☐ Orienté	☐ Désorienté	☐ D�ambul�	☐ 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
<u>Prise en charge spécifique :</u>					
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 réévaluer 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		
☐ Avec le patient			structures d'hébergement ? ☐ Oui ☐ Non		
☐ 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 :		