



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

HTP-SMR DE LOLME

Etiquette Patient
Réservé à l'établissement

HTP – SSR de Lolme

Combe de Biron – 24540 Lolme

Tel : 05 53 74 47 47 - Fax : 05 53 23 75 25

Mail : sec-smr@centredelolme.fr

1. Fiche pré-admission HTP - Situation administrative

➤ **Coordonnées du patient (merci de présenter votre pièce d'identité)**

Nom / Prénom :	Téléphone Fixe : - - - -
	Téléphone Port. : - - - -
	Email : @
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :
Adresse du patient :	

➤ **Médecin traitant / adresseur**

Nom du médecin traitant :	Téléphone : - - - -
Nom de médecin adresseur :	Téléphone : - - - -
<i>(si différent du traitant)</i>	

➤ **Protection juridique :**

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Tutelle

Nom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

➤ **Personne de confiance* : (cf. formulaire joint)**

Nom / Prénom :	Téléphone : - - - -
Lien avec le patient :	

**vous pouvez, pendant votre séjour, désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long de vos soins et au cours des décisions à prendre.*

Etiquette Patient
Réservé à l'établissement

➤ **Personne à prévenir** :**

Nom / Prénom : Téléphone : - - - -

Lien avec le patient :

***la personne à prévenir peut-être identique à la personne de confiance, mais son rôle est totalement différent. Il s'agit avant tout d'une personne qui nous aidera à constituer votre dossier administratif (attestation sécurité sociale, mutuelle, ...) et à la gestion de vos biens personnels, de votre linge...*

➤ **Organisme d'assurance maladie délivrant la prise en charge*** :**

Nom de l'organisme : Téléphone : - - - -

Adresse :

Nom et prénom de l'assuré : N° d'immatriculation : _ _ _ _ _

ALD : Oui Non

**** merci d'apporter votre carte vitale lors de votre venue, ainsi que votre attestation d'assurance maladie à jour*

➤ **Mutuelle santé complémentaire**** :**

Nom de l'organisme : Téléphone : - - - -

Adresse :

Nom et prénom de l'assuré : N° d'immatriculation : _ _ _ _ _

*****merci d'apporter votre carte de complémentaire santé à jour lors de votre venue*

➤ **Adhésion du patient à la prise en charge en HTP :**

Oui Non

2. Fiche pré-admission HTP – Renseignements médicaux

a. Motif de la demande en HTP-SMR de Lolme (merci de cocher la case correspondante)

Dénutrition

Il s'agit d'une évaluation globale de l'état nutritionnel du patient afin de dépister une dénutrition et ainsi, proposer une prise en charge pluridisciplinaire

Traumatismes (ostéoarticulaire et psychologique) post-chute

Cette prise en charge a pour objectif d'éviter ou diminuer les chutes au domicile

b. Renseignements médicaux

➤ **Antécédents personnels**

Joindre une copie des bilans et des CR d'examens si nécessaire à la suite de la prise en charge

Médicaux :

Infection en cours : oui non

Si oui, préciser BMR : oui non

Chirurgicaux :

○ Psychiatriques :

- Diagnostic(s) :
- ATCD d'hospitalisation(s) :

- Suivi psychologique : Oui Non

➤ **Traitement actuel : (joindre ordonnance récente)**

➤ **Histoire de la maladie :**

➤ **Objectifs de la prise en charge en HTP-SMR**

3. Fiche pré-admission HTP – Etat clinique actuel / autonomie

Déplacement : autonome aide partielle aide totale

Préciser (aide technique) :

Transferts : autonome aide partielle aide totale

Préciser (aide technique) :

Toilette autonome aide partielle aide totale

Préciser :

Habillage autonome aide partielle aide totale

Préciser :

Elimination : ▶ Urinaire continente incontinente

Préciser (sonde, protection etc) :

▶ Fécale continente incontinente

Préciser sonde, protection, etc) :

Alimentation : autonome aide partielle aide totale

▶ Texture normale altérée

Préciser :

▶ Régime oui non

Préciser :

Soins locaux : oui non

Préciser : nature des soins (escarre, plaie etc)

Localisation des soins

4. Fiche pré-admission HTP – Validation médicale – check-list

Merci de vous présenter le jour de votre arrivée avec :

a) Pour la prise en charge de la dénutrition :

- Documents administratifs : carte d'identité ou passeport, carte vitale, carte complémentaire
- Bilan sanguin de moins d'un mois avec essentiellement : fonction rénale, albumine et pré albumine, numération formule sanguine, bilan hépatique, TSH, iono sanguin, PSA chez l'homme
- Formulaire de personne de confiance signé par le patient et la personne de confiance désignée
- Ordonnance des traitements à jour
- Merci de préciser l'aide technique personnelle (paire de cannes, fauteuil roulant, déambulateur etc.)

b) Pour la prise en charge des traumatismes post-chute

- Documents administratifs : carte d'identité ou passeport, carte vitale, carte complémentaire
- Bilan sanguin de moins d'un mois avec essentiellement : fonction rénale, albumine et pré albumine, numération formule sanguine, bilan hépatique, TSH, iono sanguin, HBA1C, PSA chez l'homme
- Pour toute hospitalisation inférieure à 6 mois, merci d'apporter le CR d'hospitalisation concerné et/ou CR consultation spécialisée
- Examens complémentaires (radio, scanner, IRM, etc.) de moins d'un an
- Formulaire de personne de confiance signé par le patient et la personne de confiance désignée
- Ordonnance des traitements à jour
- Merci de préciser l'aide technique personnelle (paire de cannes, fauteuil roulant, déambulateur etc.)

Date et signature et cachet du médecin adresseur

Date :

Nom / Prénom :

Signature :

Cachet :



FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....
.....

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms

Lien de parenté

Adresse

.....

Téléphone privé Téléphone professionnel

Portable

E-mail

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement et/ou uniquement pour la durée de mon séjour au SSR du centre médicalisé de LOLME.

J'ai bien noté que ma personne de confiance intervient selon les dispositions décrites précédemment.

- J'ai rédigé mes directives anticipées : OUI NON
- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : OUI NON
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

Fait à le,

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Chap2/Part1/Réf11/Crit11a/DOC /5/15.05.2022