

Maison de repos et de convalescence  
La Joie de Vivre  
Et. De Soins de Suite et de Réadaptation  
24540 LOLME  
Tel: 05.53.74.47.47  
Fax: 05.53.23.75.25  
E-mail: sec-ssr@centredelolme.fr

## QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN SSR

### ORIGINE DE LA DEMANDE

Etablissement .....  
Service ..... Date de la demande .....  
Fonction de la personne référante ..... Tel .....  
Nom du médecin hospitalier .....  
Date d'entrée souhaitée en SSR .....  
Chambre particulière  OUI  NON

### MEDECIN TRAITANT ET IDENTITE SOCIALE

Médecin traitant ..... Tel .....  
Couverture sociale  OUI  NON  
Caisse maladie .....  
Mutuelle .....

### PATIENT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Sexe .....  
Adresse .....  
N° de téléphone .....  
Situation familiale  Célibataire  Marié  Veuf  
 Divorcé  Vie maritale

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif d'hospitalisation .....  
Allergies .....  
Antécédents .....  
Infections, BMR .....  
Soins en cours, pansements etc. ....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# EVALUATION DE L'AUTONOMIE

<p><b>AUTONOMIE COMPLETE</b>      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p><b>RESPIRER</b></p> <p>Position habituelle de confort :      <input type="checkbox"/> Demis assis <input type="checkbox"/> Assis      <input type="checkbox"/> Allongé</p> <p>Encombrement      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Usage tabac      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Observations : .....</p>	
<p><b>BOIRE ET MANGER</b></p> <p>Dépendance :      <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide      <input type="checkbox"/> Dépendance complète</p> <p>Présentation repas :      <input type="checkbox"/> Normal      <input type="checkbox"/> Coupé      <input type="checkbox"/> Haché      <input type="checkbox"/> Mixé</p> <p>Prothèse dentaire :      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Régime : .....</p>	
<p><b>ELIMINER</b></p> <p>Incontinence Urines      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Jour      <input type="checkbox"/> OUI      Nuit      <input type="checkbox"/> OUI</p> <p style="padding-left: 20px;">Sondage urinaire :      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Protections urinaires utilisées : .....</p> <p>Sonde vésicale :      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date dernière pose : .....</p> <p>Incontinence Selles      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Jour      <input type="checkbox"/> OUI      Nuit      <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Protections selles utilisées : .....</p> <p>Stomie :      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p><b>DORMIR</b></p> <p>Troubles du sommeil      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Insomnie      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Agitation nocturne      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p><b>SE MOUVOIR</b></p> <p>Dépendance :      <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide      <input type="checkbox"/> Dépendance complète</p> <p>Alitement permanent :      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Appareillage : .....</p> <p style="padding-left: 20px;">Canes      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Lever lit/fauteuil      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Déambulateur      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Kiné : .....</p>	
<p><b>ETRE PROPRE ET DE VETIR</b></p> <p>Toilette :      <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide      <input type="checkbox"/> Dépendance complète</p> <p>Habillage :      <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide      <input type="checkbox"/> Dépendance complète</p> <p>Etat cutané : .....</p>	
<p><b>COMMUNIQUER</b></p> <p>Audition : .....</p> <p>Appareillage      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Vision : .....</p> <p>Appareillage      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>S'exprime :      <input type="checkbox"/> Facilement      <input type="checkbox"/> Avec difficulté</p> <p>Orientation : .....</p> <p>Angoissé dépressif      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Connait-il sa pathologie?      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Exprime-t-il une douleur?      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Gère-t-il un traitement antidouleur?      <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>	

## PERSONNE A PREVENIR, ENTOURAGE

Nom ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

N° de téléphone .....

Famille Proche Absente

Présence de la famille ou autres  OUI  NON

Si oui, laquelle .....

.....

.....

## DEVENIR

Retour au domicile  OUI  NON

Placement envisagé  OUI  NON

Si oui, lequel .....

Démarches en cours  OUI  NON

Si oui, lesquelles .....

## AIDES EN PLACE AVANT L'HOSPITALISATION

Aides à domicile  OUI  NON

Si oui, lesquelles .....

A.P.A.  OUI  NON

IDE libérale  OUI  NON

Portage repas  OUI  NON

Centre de soins / SSIAD  OUI  NON

Si oui, lesquels .....

Télé-assistance  OUI  NON