

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>AUTONOMIE COMPLETE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p>RESPIRER</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>BOIRE ET MANGER</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>ELIMINER</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>DORMIR</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>SE MOUVOIR</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>ETRE PROPRE ET DE VETIR</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>COMMUNIQUER</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