

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

QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN SMR

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

AUTONOMIE COMPLETE	SE MOUVOIR
RESPIRER Position habituelle de confort : Encombrement Usage tabac Observations :	Dépendance : Alitement permanent : Appareillage : Kiné :
BOIRE ET MANGER Dépendance : Présentation repas : Prothèse dentaire : Régime :	ETRE PROPRE ET DE VETIR Toilette : Habillage : Etat cutané :
ELIMINER Incontinence Urines Sondage urinaire : Protections urinaires utilisées : Sonde vésicale : Date dernière pose : Incontinence Selles Protections selles utilisées : Stomie :	COMMUNIQUER Audition : Appareillage Vision : Appareillage S'exprime : Orientation : Angoissé dépressif Connaît-il sa pathologie? Exprime-t-il une douleur? Gère-t-il un traitement antidouleur?
DORMIR Troubles du sommeil Insomnie Agitation nocturne	

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



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Ce que dit la loi

(Article L .1111-6 du Code de la Santé Publique)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité, pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

Les missions de la personne de confiance :

- Vous soutenir, vous aider dans les décisions concernant votre santé
- Assister aux consultations et aux entretiens médicaux
- Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical, en votre présence et ne pas divulguer des informations sans votre accord

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, il est recommandé de lui remettre et, à son tour, elle pourra les remettre au médecin.

Si vous ne pouvez pas vous exprimer, la personne de confiance a une mission de référent auprès de l'équipe médicale, notamment en ce qui concerne la poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle recevra toute information nécessaire afin de pouvoir exprimer vos souhaits.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille, mais peut apporter une contestation si votre entourage n'est pas d'accord avec vos volontés exprimées.

La personne de confiance témoigne de vos souhaits, volontés et convictions ; la décision concernant vos traitements revient au médecin qui prendra l'avis d'un autre médecin en concertation avec l'équipe soignante.

Il ne faut pas confondre la personne de confiance et la personne à prévenir ; la personne de confiance n'est concernée que par votre santé.

Toute personne majeure peut être désignée si elle est d'accord pour assumer cette mission et si elle a bien compris son rôle et donné son accord. Une personne sollicitée, peut refuser d'être personne de confiance.

Vous pouvez la désigner à tout moment, même si vous êtes en bonne santé mais ce n'est pas obligatoire.

L'établissement peut vous remettre un formulaire à compléter. Il sera signé par vos soins et par la personne désignée. Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation traduit bien votre volonté.

A tout moment, vous pouvez changer d'avis et de personne de confiance.

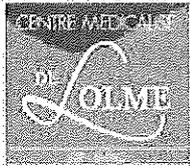
Si vous avez complété un formulaire de désignation avant votre hospitalisation dans le service, n'oubliez pas de le remettre à l'équipe soignante. Il sera conservé dans votre dossier médical, pendant toute votre hospitalisation.

Les personnes sous tutelle doivent avoir l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. (HAS – Avril 2016 – La personne de confiance)

Si une personne a été désignée contrairement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la désignation de cette personne, soit la révoquer. (Art L-1111-6 du code de santé publique – 04 février 2016)

Si la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, ou le juge, peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

NB : Le conseil de famille est une assemblée de parents ou alliés, amis ou voisins de la famille, composé au minimum, de 4 membres désignés par le juge des tutelles. Il se réunit sous la présidence de ce dernier quand les circonstances l'exigent.



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