

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Date souhaitée pour l'admission ____ / ____ / ____

Demande d'admission en : Soins Médicaux et de Réadaptation - SMR
 Hospitalisation Temps partiel SMR

SERVICE DEMANDEUR

Etablissement : _____

Service : _____



Nom du médecin demandeur : _____



Nom de l'assistante sociale : _____



Nom Prénom : _____


Né(e) le : ____ / ____ / ____

Sexe : F / M

Adresse : _____

CP + Ville : _____

 : _____

 Autre personne : _____

Situation Familiale : _____

Situation professionnelle : _____

Logement : Appartement Maison individuelle Résidence (long séjour, institution, EHPAD...)

Escaliers : OUI NON

Ascenseur : OUI NON

Nom et adresse du médecin traitant : _____

ANTECEDENTS :

- Médicaux et chirurgicaux : _____

- Allergies : _____

HISTOIRE ACTUELLE : date de début, diagnostic ou date de l'intervention chirurgicale,

TRAITEMENT ACTUEL : _____

RETOUR A DOMICILE ENVISAGE : OUI NON

Etiquette patient

INDEPENDANCE FONCTIONNELLE

Poids : _____

Le patient est capable de :

	Sans Aide	Aide Partielle	Aide totale		NON	OUI
S'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Appareillage</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Type :		
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomie, orthèse, prothèse		
Se lever de son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Incontinence urinaire</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Sonde à demeure :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				*Sondages intermittentes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer :				*Protection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec canne(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Incontinence anale</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Fonctions supérieures</u> :		
Avec fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Troubles d'expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Troubles de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				*Troubles de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON		
Vision	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Diminuée	<input type="checkbox"/>	Appareillée
Audition	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Diminuée	<input type="checkbox"/>	Appareillée
Troubles de conscience	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		Glasgow : _____
Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		VEMS : _____ CV : _____ (débit : l/mm)
Oxygène	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		Localisation : _____
Voie veineuse centrale	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		Jusqu'au : _____
Escarre(s) :	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		Poids : _____ Kg
Pansement :	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		
Infection	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		
Isolement	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI		
Consignes particulières : Lit strict			<input type="checkbox"/>	OUI		
			Traction jusqu'au : _____			
Evaluation psychomotrice	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON		

OBJECTIFS DE READAPTATION

- > Soins médicaux (spécifiques ou non)
- > introduction / suivi / arrêt de traitement médicamenteux
- > Education thérapeutique, maladies chroniques, douleurs chroniques, ...
- > Réadaptation – Réinsertion sociale / professionnelle
- > Rééducation spécifique ou non
- > Soins palliatifs

Détailler : _____

FICHE AGIRR

Cochez les cases S-T-C-H quand les conditions pour un adverbe ne sont pas remplies.

S = Spontanément, T = Totalement, C = Correctement, H = Habituellement.

GIR =

		Ne fait pas	S	T	C	H
Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements intérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MERCI D'ENVOYER CE DOSSIER PAR MAIL A CES 2 ADRESSES :

secretariat.smr@chi-corte-tattone.fr / cadre-sante-corte@chi-corte-tattone.fr