



DOSSIER D'ADMISSION

A COMPLÉTER PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Le patient marque son consentement au partage d'informations personnelles et confidentielles entre professionnels de la santé dans le cadre de sa demande d'admission.

Oui Non

Rappel préalable pour les critères d'exclusion :

- ✓ **Démence sévère**
- ✓ **Troubles psychiatriques non stabilisés**
- ✓ **Trouble de la participation**

SOCIAL

- Hospitalisé à :
- Service et coordonnées :
- Contact service social :

COORDONNEES DU PATIENT

- NOM et PRENOM du patient :
- DN :
- Sexe : M F
- Etat civil :
- Adresse :
- Nationalité :
- Langue :
- Mutuelle :
- Code titulaire :
- N.N :
- Statut BIM : OUI / NON
- N° de téléphone :
- Adresse mail :
- Médecin traitant :
- Personne de contact :
- Tél : Lien :



CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL :

- Vit :
 - Seul
 - Avec
 - MR/MRS
 - Maison
 - Appartement
 - Ascenseur
 - Escalier

- Aides préalables au domicile :
 - Infirmière
 - Kiné
 - Aide-ménagère
 - Repas
 - Aide familiale
 - Autre :

- Perspective de sortie :

CONTEXTE FINANCIER ET SOCIO-PROFESSIONNEL:

Etiquette patient :

- Coordonnées de l'administrateur de biens :
.....
N° de téléphone :
E-mail :

- Coordonnées CPAS / Réquisitoire :
.....
.....
.....

- **Assurance Privée Hospitalisation : OUI / NON**
Si oui, laquelle :

CHOIX DE CHAMBRE :

- Chambre commune
- Chambre individuelle

Médecin demandeur :



Veillez à bien compléter l'ensemble des rubriques ci-dessous. Nous vous remercions pour votre attention.

REVA SOUHAITEE :

- Locomotrice
- Neurologique
- Cardiopulmonaire
- Amputation
- Polypathologie (Pathologie chronique)

DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE :

-
.....
.....
- Appui autorisé :
 - ✓ Total
 - ✓ Partiel
 - ✓ Sans
- Antécédents relevant :
 -
 -
 -

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX AU DOMICILE : INDISPENSABLE

-
-
-
-
-
-
-
-



STATUT FONCTIONNEL : A domicile / Actuel

Déplacement :	A domicile	Actuel
Autonome		
Aide partielle		
Aide complète		
Canne		
Rollator		
Chaise roulante		
AVJ :	A domicile	Actuel
Autonome		
Aide partielle		
Aide complète		
Contrôle sphinctérien :	A domicile	Actuel
Total		
Partiel		
Incontinent		
Communication :	A domicile	Actuel
Adéquate		
Altérée		
Absente		
Collaboration :	A domicile	Actuel
Faible		
Moyenne		
Elevée		
Aptitude à l'effort :	A domicile	Actuel
Normale		
Fatigue rapide		
Asthénie		

STATUT COGNITIF :

- Actuel :
- A domicile :
- OTS :
- Mémoire :
- MMSE :
- Autre :

Projet thérapeutique :

.....



PRISE EN CHARGE NURSING :

- Alimentation :
 - ✓ Autonome :
 - ✓ Avec aide :
 - ✓ Type :
 - ✓ Sonde naso gastrique :
 - ✓ Gastrostomie :

- Nourriture :
 - ✓ Type :

- Escarre :
 - ✓ Oui Non
 - ✓ Localisation :

- Isolement : (MRSA, Clostridium, Covid, ou autre :)
 - ✓ Oui Non

- Sonde urinaire :
 - ✓ Oui : Date de pose Non
 - CH :

- Respiration :
 - ✓ Aérosols :
 - ✓ Oxygène :Litre/min Continu / discontinu
 - ✓ Trachéo :

- Besoin de matériel spécifique : Lit bariatrique, autres

A spécifier :

COMPORTEMENT :

- Agitation :
- Comportement dérangent :
- Fugueur :
 - ✓ Oui
 - ✓ Non