

<u>Date de la demande :</u>	<u>Identité du médecin demandeur :</u> Nom et fonction du demandeur : Etablissement demandeur :	<u>Signature et cachet du demandeur :</u>
-----------------------------	---	---

IDENTITE DU PATIENT :

IDENTITE DU REFERENT FAMILIAL

<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme NOM, Prénom : Date de naissance : @ : Tél : Commune de résidence :	Nom, Prénom : Lien de parenté : N° de téléphone : @ :
--	--

MOTIF DE LA DEMANDE :

<input type="checkbox"/> Trouble de la marche	<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Autres éléments :
<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre		
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie dans les transferts		

ELEMENTS CLINIQUES

Pathologies actuelles intervenant dans la perte d'autonomie :

Eléments évolutifs :

Objectif principal attendu :

INFORMATIONS PARAMEDICALES :

Evaluation de la dépendance 1 = autonome à 4 = dépendance totale) : (1 = autonome à 4 = dépendance totale)	
Soins d'hygiène	
Habillage	
Déplacement	
Alimentation	

Aides techniques	
Canne simple ou anglaise	
Déambulateur	
Fauteuil roulant	
Pas d'aide technique	

VOUS ESTIMEZ

<u>Les capacités relationnelles et de compréhension du patient :</u>	<u>La tolérance à l'effort du patient :</u>	<u>Potentiel d'amélioration</u>
Normales	Normale	Fort
Altérées mais compétences restantes	Altérée mais compétences restantes	Modéré
Très altérées	Très altérée	Limité

LISTE DES ELEMENTS A FOURNIR A L'ADMISSION

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX :

- Carte vitale et attestation à jour
- Pièce d'identité
- Attestation de mutuelle à jour
- Ordonnance des traitements en cours
- Compte rendu d'hospitalisation
- Les imageries réalisées
- Les convocations pour consultations et examens à venir
- Aide technique personnelle si existante : cannes, fauteuil roulant, déambulateur etc.

TROUSSEAU A L'ADMISSION

- Tenues souples et confortables
- Chaussures fermées tenant la cheville
- Vêtement de rechange et protection si besoin

A REMPLIR PAR LE DOMAINE DE CHOISY

Date de la réponse :

- Acceptation de la demande / Date d'admission proposée :
- Refus de la demande : (motif)
 - La rédaction de la demande ne permet pas de se prononcer
 - Le niveau de soins requis est trop faible
 - Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles
 - Malgré une indication incontestable, aucune place ne sera disponible dans un délai raisonnable
 - Le patient tel que décrit relève d'un autre type de PEC
 - Aucun bénéfice ne peut-être attendu d'un séjour en SSR
 - L'âge du patient ne correspond pas à l'activité de l'unité
 - Le problème semble principalement social