

**DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE ET
READAPTATION (SSR) ou REEDUCATION (MPR)
(secteur 6)**

DATE DE LA DEMANDE :

DATE SOUHAITEE POUR L'ADMISSION :

DEMANDE D'ADMISSION EN : SOINS DE SUITE MEDICALISES
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

SERVICE DEMANDEUR

Etablissement :

Service :

Tél :

Nom du médecin demandeur :

Tél :

Nom de l'assistante sociale :

Tél :

LE PATIENT

NOM :

Prénom :

(Etiquette)

Né(e) le :

Sexe : M / F

Adresse :

CP + Ville :

Tél :

Tél autre personne :

Situation familiale :

Situation professionnelle :

Logement : Appartement – Maison individuelle – Résidence (long séjour, maison de retraite)

Escaliers : OUI NON

Ascenseur : OUI NON

Nom et adresse du médecin traitant :

ANTECEDENTS :

- Médicaux et chirurgicaux :

- Allergies :

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

TRAITEMENT ACTUEL :

RETOUR A DOMICILE ENVISAGE : OUI NON

INDEPENDANCE FONCTIONNELLE

Poids :

Le patient est capable de :	Sans aide	Aide partielle	Aide totale
S'alimenter :			
Faire sa toilette :			
S'habiller :			
Se lever de son lit :			
Aller aux toilettes :			
Se déplacer :			
Avec canne(s) :			
Avec déambulateur :			
Avec fauteuil roulant :			
Monter les escaliers			

Appareillage : NON OUI
 * type (stomie, orthèse, prothèse...) :

Incontinence urinaire : NON OUI
 * sonde à demeure : NON OUI
 * sondages intermittents : NON OUI
 * protections : NON OUI
Incontinence anale : NON OUI

Fonctions supérieures :
 * Troubles d'expression : NON OUI
 * Troubles de compréhension : NON OUI
 * Troubles de mémoire : NON OUI

Troubles du comportement : NON OUI

Vision :	Normale	Diminuée	Appareillée
Audition :	Normale	Diminuée	Appareillée

Troubles de conscience : NON OUI Glasgow :
 Trachéotomie : NON OUI
 Oxygène : NON OUI VEMS : CV : (débit : l/mn)
 Voie veineuse centrale : NON OUI
 Escarre(s) : NON OUI Localisation :
 Pansements : NON OUI
 Infection : NON OUI
 Isolement : NON OUI
Consignes particulières : Lit strict jusqu'au :
 Traction jusqu'au : Poids : kg

OBJECTIFS DE REEDUCATION ET/OU FINALITE DE PRISE EN CHARGE :

Médecin demandeur :

Cachet :

Signature :