

**DEMANDE D'ADMISSION EN SSR**

Etablissement destinataire : <b>CRPA-Centre de Réadaptation Pour Personnes Agées</b> Route d'Albi 81340 VALENCE D'ALBIGEOIS tél. : 05.63.53.70.70 – fax. : 05.63.53.70.99	Date de la demande : __/__/__
--	----------------------------------

**① Identité du patient****② Identité du demandeur**

Nom :	Demandeur : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr	
Prénom :	Nom du demandeur :	Signature :
Date de naissance : __/__/__		
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
Adresse :	Tél :	
	Centre Hospitalier / Clinique :	
Caisse d'affiliation :	Service :	
N° Immatriculation :	Médecin responsable :	
Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée souhaitée :	
Désir du patient : <input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Indifférent		

**③ Cadre de vie avant hospitalisation**

♦ Domicile : <input type="checkbox"/> En couple / chez enfant <input type="checkbox"/> Entouré <input type="checkbox"/> Isolé  ♦ Institution <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médecin traitant :
Mesure de protection juridique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne à prévenir :
Coordonnées du tuteur :	Tél :
Dispositifs médicaux sociaux existants:	
<input type="checkbox"/> IDE SSIAD <input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Télé Alarme	

**DEMANDE D'ADMISSION EN SSR**

Nom :	Prénom :
-------	----------

**④ Renseignements médicaux**

Diagnostic principal :	Liste des médicaments :
Antécédent(s) :	◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
	Allergie(s) :
	Prescription d'isolement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Objectifs du séjour :	
<input type="checkbox"/> Rééducation <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Convalescence <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre :	

**⑤ Autonomie et charge en soins**

◆ Toilette / Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale		
◆ Prise des repas	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale		
◆ Mobilité / transfert	<input type="checkbox"/> Valide	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Canne / déambulateur
◆ Alimentation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Mixée	<input type="checkbox"/> Régime	<input type="checkbox"/> Autres	
◆ Elimination urine	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie	
◆ Elimination fécale	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Stomie		
◆ Comportement	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Dépressif	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Tendance à crier	
◆ Orientation	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Déambulant	<input type="checkbox"/> Fugueur		
◆ Communication	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Surdité	<input type="checkbox"/> Appareillage
◆ Respiration	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oxygène	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Appareil d'aide respiratoire
◆ Soins	<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Port à cath	<input type="checkbox"/> BMR	<input type="checkbox"/> Escarre	<input type="checkbox"/> Pansement(s)
◆ Douleur	<input type="checkbox"/> Pompe à morphine	<input type="checkbox"/> Stupéfiant			

**DEMANDE D'ADMISSION EN SSR**

Nom :	Prénom :
-------	----------

**⑥ Devenir après le séjour**

<input type="checkbox"/> <b>Pas de modification</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Avec modification</b>					
Cette modification a-t-elle été abordée ?			Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergement ?		
<input type="checkbox"/> Avec le patient <input type="checkbox"/> Avec la famille <input type="checkbox"/> Avec le service hospitalier			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
			Si oui, lesquelles ?		
			.....		
			.....		
			.....		
<input type="checkbox"/> <b>Démarche en cours ou à prévoir</b>					
	<b>En cours</b>	<b>A prévoir</b>		<b>En cours</b>	<b>A prévoir</b>
IDE SSIAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Télé Alarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordonnées de la personne ayant initié la démarche :					
.....					

**⑦ Observations et Informations complémentaires**

--