



**Médecin demandeur :** .....

**Numéro du médecin :** .....

**Motif d'admission :** .....

.....

**Date de la demande :** .....

**Date souhaitée d'hospitalisation dans le service :** .....

### Informations du patient

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

Allergies : .....

Antécédents : .....

.....  
.....

Traitements en cours : (joindre la copie de l'ordonnance)

Mode de vie à domicile :  Seul  Conjoint  Enfants

Sécurité sociale :  Oui  Non

Mutuelle :  Oui  Non

Aides à domicile en place :  IDE libéral  Entourage  HAD  Prestataires .....

Hospitalisation récente :  Oui  Non Quand ? .....

Projet après l'hospitalisation :  Retour à domicile  Convalescence

.....  
.....

Evaluation de l'autonomie (*entourer la mention exacte*) :

**COMPREHENSION**

- \* Normale
- \* Difficile
- \* Désorientation
- \* Communication impossible
- \* Autonome
- \* Faible
- \* Négative
- \* Nulle

**PARTICIPATION**

- \* Non
- \* Continu
- \* Non continu
- \* Impraticable

**SOUS O<sub>2</sub>**

- \* Autonome
- \* Aide partielle
- \* Aide totale
- \* Pluriquotidienne

**HABILLAGE**

- \* Autonome
- \* Avec aide
- \* Complète

**TOILETTE**

**INCONTINENCE**

- \* Aucune
- \* Occasionnelle
- \* Permanente
- \* Totale
- \* Sonde vésicale

**MOTRICITE**

- \* Autonome
- \* Avec aide
- \* Difficile
- \* Nulle
- \* Autonome
- \* Installer
- \* Surveiller
- \* Faire manger
- \* Sonde de nutrition

**ALIMENTATION**

**REGIME**

**APPUI**

- \* Diabétique
- \* Sans sel
- \* Spécial
- \* Total
- \* Contact
- \* Non autorisé

**Cette demande est à envoyer par mail aux médecins du service :**  
**[dr.bouriga.cpi@sedna-sante.com](mailto:dr.bouriga.cpi@sedna-sante.com) et [dr.salbert.cpi@sedna-sante.com](mailto:dr.salbert.cpi@sedna-sante.com)**