



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 :

.....

Traitement 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) :

<p>COMPREHENSION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Normale * Difficile * Désorientation * Communication impossible 	<p>PARTICIPATION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Autonome * Faible * Négative * Nulle 	<p>SOUS O₂</p> <ul style="list-style-type: none"> * Non * Continu * Non continu * Impraticable 	<p>HABILLAGE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Autonome * Aide partielle * Aide totale * Pluriquotidienne 	<p>TOILETTE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Autonome * Avec aide * Complète
<p>INCONTINENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aucune * Occasionnelle * Permanente * Totale * Sonde vésicale 	<p>MOTRICITE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Autonome * Avec aide * Difficile * Nulle 	<p>ALIMENTATION</p> <ul style="list-style-type: none"> * Autonome * Installer * Surveiller * Faire manger * Sonde de nutrition 	<p>REGIME</p> <ul style="list-style-type: none"> * Diabétique * Sans sel * Spécial 	<p>APPUI</p> <ul style="list-style-type: none"> * Total * Contact * Non autorisé

Cette demande est à envoyer par mail à Me DELFOSSE Cécile – responsable de service : refinfirmiere.imperial@sedna-sante.com