



**HOSPITALISATION COMPLÈTE**

Date d'admission souhaitée : -----

Objectif de la demande -----  
-----  
-----

Antécédents (Chir. & Médicaux) : -----  
-----  
-----  
-----

Traitement actuel : -----  
-----  
-----  
-----

Oxygénothérapie :  oui  non Pace maker :  oui  non

Autres (pansements...) : -----  
-----  
-----

B.M.R : -----Date du dernier prélèvement : -----

Isolement : oui  non

Régime :  mixé  haché  diabétique  autre : -----

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Habitudes de vie : -----  
-----  
-----  
-----

Orientation à la fin du séjour :

Domicile  Institution  Autres  Démarches en cours

Souhait du patient / projet de vie : -----  
-----  
-----  
-----

**AUTONOMIE**

- ◆ Se lève seul                    oui                     non                     Avec aide partielle
  - ◆ Fait sa toilette seul :        oui                     non
  - avec aide :                oui                     non
  - ◆ Marche seul :                oui                     non
  - avec tierce personne:    oui                     non
  - ◆ Mange seul :                oui                     non                     Avec aide partielle
  - ◆ Se déplace seul :            oui                     non
  - va au fauteuil :         oui                     non
  - ◆ Incontinence urinaire :      oui                     non                     Jour                     Nuit
  - sonde vésicale :        oui                     non
  - ◆ Incontinence anale :        oui                     non
  - ◆ Soins d'escarres :         oui                     non
  - ◆ Localisation : -----
  - ◆ Germe : -----
  - ◆ Cécité :                      oui                     non
  - ◆ Surdité :                     oui                     non
  - ◆ Allergie (si oui, à préciser) : oui                     non
  - ◆ Comportement normal :      oui                     non
  - Agressif :                oui                     non
  - Agité :                    oui                     non
  - D ment sénile :         oui                     non
  - ◆ Autres observations :-----
- 

**VOLET SOCIAL**

Projet de vie du patient :

P le Médical Maison Blanche

14 allée Henri Dunant - 28 500 VERNOUILLET - Tel : 02 37 51 71 50  
SAS CLINEA

Dossier APA : oui  non  en cours

Si oui, quel GIR ?

Aides à domicile : oui  non

Si oui :

- Service de maintien à domicile (nom de l'organisme) :
- Plan d'aide actuel :
- Portage de repas : oui  non
- Téléalarme : oui  non
- IDE : oui  non

Sauvegarde de justice : oui  non  en cours

Tutelle : oui  non

Curatelle : oui  non

Si demande d'EHPAD en cours, merci de préciser la date de la demande et les établissements sélectionnés : -----

-----  
-----  
-----

**HABITAT**

- Maison :  Plein pied  Etage
- Appartement :  Etage  Ascenseur
- Baignoire  Douche

Autre, précisez :

**ITEMS A COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR UNE ADMISSION**

**EN SERVICE DE NUTRITION**

Il s'agit d'une démarche :

Volontaire et personnelle du patient

Conseillée par un proche

Conseillée par un professionnel de santé

Autre : .....

Poids actuel :

Taille :

IMC :

Poids le plus haut :

Poids le plus bas (à l'âge adulte) :

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une prise en charge de l'obésité ?

• Chirurgicale ? (*chirurgie bariatrique ?.....*)

Quelle(s) intervention(s) et date ?.....

• Médicale et Nutritionnelle

Consultations en ambulatoire (médecin, diététicien...)

Hospitalisation de jour en unité spécialisée

date.....durée.....

Hospitalisation complète en unité spécialisée

date.....durée.....

Antécédents psychiatriques

Préciser (état dépressif, psychotique, tentative de suicide.....) :

.....

.....

Suivi psychiatrique actuel

Préciser : .....

**Addictions**

• Tabac

Fumez-vous ?  Oui  Non

Si oui, combien par jour et depuis combien de temps (en année(s)) : .....

• Alcool  Oui  Non

Combien de verres par semaine ?.....

• Autres  Oui  Non

Lesquelles : .....

• Troubles du comportement alimentaire  Oui  Non

Préciser : .....

Préciser si le patient présente :

• Des troubles cognitifs  Oui  Non

Légers  Modérés  Sévères

• Des troubles du comportement (à type d'agitation, agressivité.....)  Oui  Non

Le patient peut-il participer à des groupes et/ou ateliers  Oui  Non

Date, Nom, Coordonnées et Signature du Médecin demandeur :

Cachet :

*Pour toute demande d'admission, merci de joindre à votre demande une **ordonnance**.*