

Nom :
Prénom :
Age : H F
Date de naissance :

Dossier de Demande d'Admission



Fax 02.62.42.89.88

e-mail : contact@vetyver.com

Hospitalisé depuis le * / /

Date d'admission souhaitée * / /

Etablissement* :

Tel* :

Service* :

Médecin* :

Renseignements sur le patient

Adresse du domicile ou des proches *	Tel :
Personne à prévenir *	Tel :

Renseignements administratifs sur le patient

Numéro de sécurité sociale*		Caisse
<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> démarche en cours	Pays d'origine (hors France) : <input type="checkbox"/> AME	
Mutuelle*	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> déjà acquise <input type="checkbox"/> démarche en cours	
<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	Forfait journalier Supplément chambre seule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Informations sur l'ENVIRONNEMENT du patient, importantes à signaler :

--

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles

Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

HTA Diabète AVC Dénutrition Tabac Alcool Conduites addictives

Prise en charge actuelle

Dernière IRM cérébrale : _____
 Potentiel Evoqué PEA PEV : _____
 Albuminémie : _____ EEG : _____
 Autres imageries : _____

Le patient est-il connu par une **équipe pluridisciplinaire (soins palliatifs, autre)** ? Non Oui _____

Traitement en cours et Traitement habituel	

Voie veineuse S/C Patient TRANSFUSE date ____/____/____
 Dispositifs particuliers (Chambre implantable, Voie centrale, PICC line...):

Portage d'une BMR* ? <input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif) <input type="checkbox"/> Non recherché <input type="checkbox"/> Oui
Infection * ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Site de l'infection :
<input type="checkbox"/> Escarres :

Capacités fonctionnelles*	Aide		Commentaire :
	partielle	complète	
en Chambre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kinésithérapie en cours <input type="checkbox"/> Verticalisation <input type="checkbox"/> Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> Mobilisation
Mobilisation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Matelas dynamique <input type="checkbox"/> Fauteuil standard <input type="checkbox"/> Fauteuil sur mesure
Mobilisation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :
Ventilation *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Ventilé <input type="checkbox"/> Trachéotomie (date ____/____/____) <input type="checkbox"/> O2 débit :
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD Elimination fécale : date ____/____/____ <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination digestive
Alimentation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : <input type="checkbox"/> NasoGast. <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Nutriment : date ____/____/____ _____
Communication			

Niveau de la conscience*	<input type="checkbox"/> Glasgow :	<input type="checkbox"/> GOS (Glasgow Outcome Scale) :
Troubles du comportement*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Détails : <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Contention

Informations médicales **complémentaires** :

Rendez-vous pris pour le patient :

Consentement de la famille pour son transfert OUI non

Demande remplie par :

le :

Signature :

Réponse de l'Unité Vétyver, le :

Admission le :
Sous réseve de :

Pas de possibilité d'Admission / Motif :