

Hospitalisation de jour

FICHE D'ADMISSION

ETIQUETTE PATIENT

Date :
Proposée par le Dr :
Tél : Fax :

Merci de renvoyer votre demande par mail à l'adresse suivante : hdj@clipyr.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Situation de famille :

Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse :
.....

Téléphone: --/--/--/--/---

Mesure de protection juridique oui non En cours

si oui , coordonnées.....

Patient connu de votre établissement : Oui Non

Organisme de prise en charge :

Matricule S.S. :

100% Oui Non En cours

Mutuelle complémentaire :

Hospitalisation de jour

FICHE D'ADMISSION

ETIQUETTE PATIENT

Date :

NOM du patient :

Prénom :

.....

CONDITIONS DE VIE

A domicile :

- IDE
- Kiné
- Aide-ménagère/auxiliaire de vie
- Portage repas
- Télé-assistance

Aidant principal :

Nom : Prénom Téléphone :

Lien avec le patient :

Hospitalisation de jour

FICHE D'ADMISSION

ETIQUETTE PATIENT

NOM du patient : Prénom :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A compléter par le médecin responsable du patient)

Date d'entrée souhaitée :

Motif de l'hospitalisation :

Diagnostic principal :

.....

.....

.....

Antécédents :

.....

.....

.....

.....

Présence de dispositifs médicaux (pansement, sonde, stomie, oxygène....):

.....

Allergies connues :

Traitement actuel : joindre l'ordonnance

Poids : Taille : IMC :

Projet de soins pour la réadaptation :

.....

.....

Groupe envisagé pour le patient :

Poly-pathologique

Rééducation

Merci de remplir les grilles d'inclusion suivantes pour nous permettre de mieux orienter le patient sur le groupe le plus adapté.

Ce dossier sera soumis à évaluation en commission d'admission. Un retour vous sera fait dans les plus brefs délais.

Grille d'inclusion groupe « Rééducation motrice »

Soins axés sur les soins de rééducation avec 2 séances par semaine de 11h30 à 15h30 (balnéothérapie, rééducation et consultation avec l'ergothérapeute si besoin). Repas pris avant la séance.

Critères d'inclusion

- Besoin de rééducation identifié mais difficulté pour se déplacer chez un kiné libéral
 oui non
- Besoin de balnéothérapie
 oui non
- Besoin complémentaire en réadaptation dans les actes de la vie quotidienne (réalisation du repas, préhension, déplacements, équilibre et déplacement sur terrains variés)
 oui non

Critères d'exclusion

- Troubles cognitifs
 oui non
- Incontinence
 oui non
- Toute pathologie incompatible avec les séances de balnéothérapie (nausées et risque de vomissements, affections cutanées, plaies (ulcère ou escarre, cicatrice chirurgicale non fermée, fistule artério-veineuse.)
 oui non
- Nécessité d'une aide à l'habillage et au déshabillage
 oui non

Date et signature :

Grille d'inclusion groupe « Prévention de la perte d'autonomie »

Soins axés sur la ré-autonomisation avec 2 à 3 séances par semaine de 9h15 à 15h45 (évaluation gériatrique standardisée, rééducation et ateliers collectifs sur différents thèmes comme la nutrition, les chutes, la mémoire...)

Critères d'inclusion

- Age > à 70 ans
 oui non
- Phénomène aigu ayant mis en avant des fragilités : chute, perte de poids, fatigabilité, plainte mnésique sans trouble cognitif avéré
 oui non
- Perte d'autonomie dans les activités de vie quotidienne ; Difficulté dans la gestion d'un ou plusieurs actes du quotidien (gestion du temps, gestion des courses, gestion des repas, gestion des médicaments...)
 oui non
- Syndrome de glissement (lié à la perte d'un proche, isolement social, changement brutal de mode de vie)
 oui non
- Adhésion du patient à la demande d'admission
 oui non
- Indépendant à la marche (avec ou sans aide technique) sur un périmètre de 100m sur terrain plat et régulier
 oui non

Critères d'exclusion

- Incapacité à gérer son élimination
 oui non
 - Troubles cognitifs avérés
 oui Non
- Précision.....
- Troubles psychiatriques non équilibrés
 oui non
 - Comportement inadapté à la vie en collectivité
 oui non
 - Manque d'adhésion du patient à la prise en charge proposée
 oui non
 - Dépendant dans les déplacements sur terrain régulier (besoin d'une aide humaine)
 oui non
- Précision.....

Date et signature :