

La clinique des Pyrénées est un établissement de soins de suite et de réadaptation gériatrique situé dans la périphérie toulousaine. Les admissions sont réalisées **du lundi au vendredi, de 14h à 16h30**.

Ce dossier est soumis à la commission médicale d'admission. Une fois complété,

Merci de renvoyer le dossier par email (ou fax) à l'adresse indiquée ci-dessus.

Adressé par le Dr :

Le médecin traitant est-il le médecin adresseur Oui Non

Tél. : Mail (médimail):@..... Fax :

Date d'admission souhaitée : / /

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Situation de famille : Marié(e)/Pacsé(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse du domicile :

Téléphone :

Mail :@.....

(En renseignant votre email, vous donnez votre accord pour recevoir un questionnaire de satisfaction liée à votre séjour en hospitalisation au sein de notre établissement)

Organisme de prise en charge :

Numéro sécurité sociale : _ _ _ _ _

ALD Oui Non En cours Date de la demande :

Mutuelle complémentaire :

Chambre individuelle souhaitée : Oui Non

Prise en charge forfait hospitalier : Oui Non

Anonymat souhaité : Oui Non

Mesures de protection juridique : Oui Non En cours

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Si ce n'est pas le patient qui règle les factures, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées :

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif de l'hospitalisation :

Diagnostic principal

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux.....

Allergies connues :

Traitement actuel : (merci de bien vouloir joindre la dernière ordonnance)

Statut infectieux : Oui Non BMR : Oui Non

Identité du germe :

Localisation : Antibiothérapie en cours : Oui Non

Mesures de précautions à prendre : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Le patient a-t-il eu le COVID : Oui Non Date.....

Le patient a-t-il été vacciné contre le COVID : Oui Non

Si oui, nom du vaccin injecté :

1^{ère} dose Date.....

2^{ème} dose Date.....

Voyage à l'étranger : Oui Non Date :

Hospitalisation à l'étranger : Oui Non

Poids : Taille : IMC :

Perte de poids dans les trois derniers mois : Oui Non Si oui combien :Kg

Projet de soins pour la réadaptation :

DEGRE D'AUTONOMIE

● Pansement Localisation

Protocole :

● Déplacements Autonome Aide partielle Aide totale Fauteuil roulant
 Marche avec aide Canne(s) Déambulateur

- **Alimentation**
 - Normale Mixée Moulinée
 - Régime Précisez.....
 - Allergies alimentaires Précisez.....
 - Mange seul Aide partielle (installer, couper)
 - Aide totale
 - Alimentation parentérale Alimentation entérale
 - Voie d'abord.....

- **Continence** Continence Oui Non
- **Si incontinence** Urinaire Oui Non
- Fécale Oui Non
- Change complet Oui Non
- Sonde vésicale à demeure Oui Date de pose...../...../..... Non
- Sondage intermittent Oui Non Nombre fois par jour :
- Etui pénien Oui Non
- Stomie : urinaire digestive

- **Matelas** Normal Prévention escarre classe 2 Matelas à air
- **Toilette** Autonome Aide partielle Aide totale
- **Habillage** Autonome Aide partielle Aide totale
- **Ventilation** Autonome Oxygénothérapie.....L/min Sas appareillé
- **Mobilité** Autonome Aide partielle Aide totale Alitement
- **Escaliers** Autonome Avec aide Impossibilité

COGNITION

- **Compréhension** Intacte Altérée • **MMS** :/30
- **Agitation** Oui Non
- **Troubles du comportement** Oui Non
- **Contention** Oui Non Si oui, précisez :

CONDITIONS DE VIE ANTÉRIEURES À L'HOSPITALISATION

- IDE libérale Nom : Prénom : Tel :
- Kiné
- Aide-ménagère
- Portage repas
- Téléassistance
- Autres Précisez.....

DEVENIR ENVISAGE A LA SORTIE D'HOSPITALISATION

- Retour à domicile
- E.H.P.A.D.
- HAD
- HDJ
- Autres Précisez.....

DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

Désignation de la personne de Confiance :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L.111-6) vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance.

"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions."

La désignation de la personne de confiance :

- Doit être une décision réfléchie
- Peut être révoquée à tout moment ou remplacée par une autre personne
- Est valable pour la durée de l'hospitalisation
- Doit se faire par écrit
- N'est pas obligatoire, le médecin s'adressera alors aux membres les plus proches de votre famille

Nom : Prénom :
Qualité :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Mail :
Téléphone : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___

Signature de la personne de confiance

- Le patient n'est pas en capacité de mentionner une personne de confiance.
- Le patient ne souhaite pas désigner de personne de confiance

PERSONNE A PREVENIR

Personne qui s'occupera de vos démarches administratives : (si différent de la personne de confiance)

Nom - Prénom - lien de parenté	Adresse	Téléphone	E-mails

DIRECTIVES ANTICIPEES

Pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

L'essentiel est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées. Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Si vous le souhaitez, la Clinique des Pyrénées vous informe et vous accompagne dans cette démarche.

A cet effet, merci de vous renseigner auprès de notre Infirmière Coordinatrice du Parcours de soins.

- J'ai été informé de la possibilité de renseigner mes directives anticipées.
- Le patient n'est pas en capacité d'être informé sur ses directives anticipées.

Fait à :
Le :

Signature du patient :