



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN SMR
(Soins Médicaux et de Réadaptation)

Document à retourner au **Secrétariat Médical** :

E-Mail : secretariat-medical@ch-sartene.fr

Tél : 04 95 77 95 08

Fax : 04 95 77 95 07

Courrier : Centre Hospitalier de Sartène

À l'attention du Secrétariat Médical

Lieu-dit Cacciabeddu

Route de Grossa - BP 141

20100 SARTENE

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Identité patient

Nom de naissance :

Nom utilisé :

1er Prénom :

Liste des prénoms :

Sexe : F M I

Date de naissance :

Réservé au médecin de l'Établissement du CH Sartène :

Accord Refus

Motif :

Date et signature :

VOLET MEDICAL - CONFIDENTIEL

VOLET MEDICAL

MOTIFS D'ADMISSION ET DIAGNOSTIC ASSOCIES

(Si intervention(s) chirurgicale(s), date et nature du geste)

ANTECEDENTS :

Médicaux : -----

Allergie : (à préciser) : -----

Chirurgicaux : -----

SUITES POST-OPERATOIRES PREVISIBLES : -----

TRAITEMENT MEDICAL : -----

BILAN INFECTIEUX : PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE : NE SAIT PAS OUI NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est indispensable avant tout transfert. Joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme.

Nom du Médecin : ----- Date ----- Signature

 -----  -----

VOLET PARA-MEDICAL

Poidskgs

Soins médicaux et paramédicaux :

Soins Paramédicaux	Sondes :	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Pansements <input type="checkbox"/>	Pic line <input type="checkbox"/>
	- gastrique <input type="checkbox"/>	Aspiration <input type="checkbox"/>	_____	PAC <input type="checkbox"/>
	- urinaire <input type="checkbox"/>	O ₂/mn	_____	Med line <input type="checkbox"/>
	- GPE <input type="checkbox"/>		_____	VVC <input type="checkbox"/>
	- Stomies <input type="checkbox"/>		_____	VVP <input type="checkbox"/>
	_____		_____	S/C <input type="checkbox"/>
	_____		_____	
	_____		_____	
			Matelas anti-escarres <input type="checkbox"/>	
			type	

Autonomie :

- Autonomie de la marche** Sans aide Aide partielle Ne marche pas
- Aide technique** Avec canne Avec déambulateur Avec fauteuil roulant
- Alimentation** Sans aide Aide partielle Aide totale Ne s'alimente pas
- Alimentation entérale Oui Non
- Alimentation parentérale Oui Non
- Fausses routes** Solides Liquides
- Régime particulier** Oui Non Diabète Sans sel
- Toilette** Sans aide Aide partielle Aide totale
- Contrôle sphinctérien urinaire** Oui Non
- Contrôle sphinctérien anal** Oui Non
- Oxygénothérapie** Oui Non
- Repos** : l/min
- Effort** : l/min

Objectifs du séjour :

Médicaux :

Réadaptation/ Rééducation :

Projet de vie :

Devenir :

Troubles du comportement : Non Oui si oui précisez**Traitement** : joindre l'ordonnance de tous les traitements en cours y compris injectables.

Nom de l'Infirmier ou Cadre de santé

Date

Signature

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN SMR

VOLET ADMINISTRATIF/ SOCIAL

Date de la demande ----- Date d'entrée souhaitée ----- Date d'hospitalisation initiale

DEMANDEUR

Centre Hospitalier ----- Service -----

Médecin demandeur ----- N° ----- N° -----

COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE

Patient

Nom de naissance : ----- Nom utilisé : -----

1er Prénom : ----- Liste des prénoms : -----

Date de naissance : ----- Age ----- ans Sexe : F M I

Adresse -----

Ville / Code Postal ----- N° -----

Référent familial	Lien de parenté	N°
Personne à contacter pour cette demande		

Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? Non Oui si oui joindre le document

Nom de naissance ----- 1er Prénom ----- Commune ----- N° -----

Médecin Traitant

Nom ----- 1er Prénom ----- Commune ----- N° -----

DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie : Vit seul(e) Avec conjoint En milieu familial En structure collective

Situation familiale : Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Mesures de protection juridique : oui non en cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

Habilitation familiale de représentation Habilitation familiale de représentation

Tuteur : Nom de naissance ----- 1er Prénom ----- Commune ----- N° -----

Assuré : Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / /

Caisse (adresse) : ----- CMU de base

Ouverture des droits : -----

Mutuelle : ----- Complémentaire CMU

APA : Oui Non ALD : Oui Non A.A.H. : Oui Non

Aide financière exceptionnelle : -----

Allocation compensatrice pour tierce personne : -----

Devenir envisagé : Retour à domicile souhaité Retour USLD/EHPAD

Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui Non

Démarches sociales en cours -----

Nom de l'Assistant Social : ----- Date ----- Signature -----

N° ----- N° -----