

Demande d'admission

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bénéficiaire Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____ Adresse : _____ _____ Email : _____ Téléphone : _____ | Motif de la demande <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Stationnaire</td> <td style="text-align: center;">Hôpital du jour</td> </tr> <tr> <td>Réhabilitation physique :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Réhabilitation post-oncologique :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Personne de contact Nom/Prénom : _____ Lien : _____ Tél. : _____ Email : _____ | | Stationnaire | Hôpital du jour | Réhabilitation physique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Réhabilitation post-oncologique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Stationnaire | Hôpital du jour | | | | | | | | |
| Réhabilitation physique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Réhabilitation post-oncologique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

Provenance du patient :

☐ Domicile

☐ Hôpital : _____ Service : _____ Tél.: _____ Hospitalisation depuis le (remplir score Hospital) : _____

Renseignements médicaux

Motif initial d'admission à l'hôpital : _____

Pathologies/Diagnostics : _____

Antécédents médicaux significatifs : _____

Traitements médicamenteux en cours (photocopie de l'ordonnance) :

Autres traitements (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) :

Allergies : _____ Poids (en kg) et taille (en cm) _____

Oxygène ☐ Non ☐ Oui A préciser : _____

Objectifs de la réhabilitation : _____

Germe résistant / nécessitant un isolement pendant l'hospitalisation :

| Germe | Non | Oui | |
|-------------------------------|-----|-----|---|
| MRSA + | | | Décolonisation en cours <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| COVID + | | | Date de prélèvement : _____ |
| <input type="checkbox"/> CPE | | | Date de prélèvement : _____ |
| <input type="checkbox"/> VRE | | | Site de prélèvement : _____ |
| <input type="checkbox"/> ESBL | | | Date de prélèvement : _____ |

Score Hospital (probabilité de réadmission en **hôpital aigu** à 30 jours pour les patients hospitalisés) : _____

Drs A. GOUVEIA, P. STAEGER et PR J. DONZÉ. Soins de transition entre l'hôpital et l'ambulatorio : risques, interventions et nouvelles perspectives. Rev Med Suisse 2019 ; 15 : 156-8.

| Facteur prédictif | Points |
|---|----------------------------|
| Dernier taux d'hémoglobine avant la sortie <120g/l | 1 <input type="checkbox"/> |
| Sortie d'un service d'oncologie ou cancer actif | 2 <input type="checkbox"/> |
| Dernier taux de sodium avant la sortie < 135 mmol/l | 1 <input type="checkbox"/> |
| Admission non élective | 1 <input type="checkbox"/> |
| Nombre d'hospitalisation(s) durant les 12 derniers mois | |
| 0-1 | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2-5 | 2 <input type="checkbox"/> |
| >5 | 5 <input type="checkbox"/> |
| Durée du séjour ≥ 8 jours | 2 <input type="checkbox"/> |
| <u>Total</u> | |

Autonomie

Toilette

- ☐ Seul, sans difficulté
☐ Aide partielle
☐ Aide totale

Habillage

- ☐ Seul, sans difficulté
☐ Aide partielle
☐ Aide totale

Alimentation

- ☐ Seul, sans difficulté
☐ Aide partielle
☐ Aide totale
☐ Parentale SNG
☐ Régime alimentaire :
☐ Allergies :

Continence

- ☐ Continence conservée
☐ Incontinence urinaire partielle
☐ Incontinence urinaire totale
☐ Stomie :
☐ Sonde urinaire à demeure
☐ Cathéter sus-pubien
☐ Sondage urinaire in/out
☐ Incontinence anale

Déplacement

- ☐ Seul, sans difficulté
☐ Aide technique
A préciser : _____
☐ Appui partiel (... kg) autorisé à partir de : _____
☐ Décharge totale du MI jusqu'au : _____
☐ Appui complet autorisé

Comportement

- ☐ Aucun trouble
☐ Démence débutante
☐ Confusion
☐ Somnolence
☐ Collaboration soignant
☐ Démence avérée
☐ Agitation jour / nuit

- ☐ Lit/fauteuil
☐ Mobilisation avant hospitalisation

Etat cutané

- ☐ Plaie Type : Localisation :
☐ Risque d'escarre ☐ Oui ☐ Non Si oui, score :
☐ Escarre Stade : Localisation :

Renseignements sociaux

Statut du patient avant le séjour hospitalier

- ☐ Vit seul à domicile
☐ Vit à domicile avec : _____
☐ Appartement ☐ Maison ☐ Escaliers ☐ Ascenseur
☐ Réseau de soins (à préciser) : _____
☐ CIPA / MS (à préciser) : _____

Devenir prévu à l'issue du séjour au Centre de Réhabilitation

- ☐ Retour dans son milieu de vie antérieure ☐ sans réseau ☐ avec réseau
Démarche(s) réalisée(s) : _____

☐ Placement

Démarche(s) réalisée(s) : _____

Joindre impérativement à la demande d'admission :

- Copie du rapport médical ➤ Photocopie de l'ordonnance ➤ Si démence débutante, avis neurologue

A son arrivée, le patient devra impérativement être muni de :

- Papiers d'identité ➤ Carte CNS ➤ Nécessaire de toilette ➤ Habits civils
➤ Médicaments pour 24 h ➤ Copie de l'ordonnance O2 envoyée à la CNS ➤ Aides techniques éventuelles

Demande validée par Dr _____

Médecin généraliste : _____ Tél. : _____

Date : _____

Date de transfert souhaitée : _____

- ☐ Je souhaite être informé personnellement de la date de l'arrivée du patient au CRCC
☐ Le patient a été informé qu'une demande au Centre de Réhabilitation a été faite.
☐ Le patient refuse que ses comptes rendus d'analyses médicales soient envoyés dans son Dossier de Soins Partagés, par le CHL (case non-cochée = acceptation)

Cachet et signature du médecin

Signature du patient souhaitée

Cadre réservé au CRCC

Demande reçue le :

☐ Accord pour admission Remarque: _____

☐ Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : ☐ Non ☐ Oui par

le