

Demande d'admission

Bénéficiaire

Nom : _____
 Prénom : _____
 Matricule : _____
 Adresse : _____
 Email : _____
 Téléphone : _____

Motif de la demande

Stationnaire	Hôpital du jour
--------------	-----------------

Réhabilitation physique :

Réhabilitation post-oncologique :

Personne de contact

Nom/Prénom : _____
 Lien : _____ Tél. : _____
 Email : _____

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 Date de prélèvement : _____
COVID +			Date de prélèvement : _____
<input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL			Site de prélèvement : _____ 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'ambulatoire : 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"/>
Total	

Autonomie

<u>Toilette</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<u>Habilage</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
<u>Alimentation</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Parentale SNG <input type="checkbox"/> Régime alimentaire : _____ <input type="checkbox"/> Allergies : _____	<u>Continence</u>	<input type="checkbox"/> Continence conservée <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire partielle <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire totale <input type="checkbox"/> Stomie : <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/> Cathéter sus-pubien <input type="checkbox"/> Sondage urinaire in/out <input type="checkbox"/> Incontinence anale
<u>Déplacement</u>	<input type="checkbox"/> Seul, sans difficulté <input type="checkbox"/> Aide technique A préciser : _____ <input type="checkbox"/> Appui partiel (.....kg) autorisé à partir de : _____ <input type="checkbox"/> Décharge totale du MI jusqu'au : _____ <input type="checkbox"/> Appui complet autorisé	<u>Comportement</u>	<input type="checkbox"/> Aucun trouble <input type="checkbox"/> Démence débutante <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Somnolence
	<input type="checkbox"/> Lit/fauteuil <input type="checkbox"/> Mobilisation avant hospitalisation	<u>Etat cutané</u>	<input type="checkbox"/> Plaie Type : Localisation : <input type="checkbox"/> Risque d'escarre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, score : <input type="checkbox"/> 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

Accord pour admission Remarque: _____

Demande recue le :

Refus d'admission – Motif de refus : _____

Service / médecin prévenu : Non Oui par _____

le _____