**DOSSIER DE DEMANDE D’ADMISSION
Volet Médical**

**Lits Halte Soins Santé
ASSOCIATION SAINT BENOIT LABRE**

## **Identité**

NOM………………………….. …………. Prénom…………………………..………….

Date de naissance…………………………..…………. Téléphone …………………………………..

# **FICHE MEDECIN**

Demande effectuée par Dr :

Coordonnés ou tampon :

## **Pathologies**

Motif principal détaillé pour une admission Lits Halte Soins Santé : …………………………..………….…………………………..………….…………………………..…………………………..………….………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………………………………..………….…………………………..………….…………………………..…………………………..………….………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..……

Personne au courant du diagnostic 🞏 OUI 🞏 NON

Pathologies psychiatriques ou troubles du comportement  🞏 OUI 🞏 NON
Stabilisé 🞏 OUI 🞏 NON

Antécédents médicaux et pathologies actuelles/associés

**Médicaux** :……..………….…………………………..………….…………………………..…………………………..………….………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..……**Chirurgicaux** :………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………… **Psychiatriques** :.…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Allergies** :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## **Addictions**

Problèmes addictions : 🞏 OUI 🞏 NON

Type de dépendance :

🞏 Alcool 🞏 Tabac 🞏 Cannabis

🞏 Drogues dures 🞏 Autres :………..

Suivi en addictologie : 🞏 OUI 🞏 NON

Lieu du suivi : …………………………..………….

Traitement de substitutions : 🞏 OUI 🞏 NON
Si oui, lequel ? …………………………..………….

## **Projet médical**

Quels sont les attendus du séjour au LHSS ?
…………………………..………….…………………………..………….…………………………..…………………………..………….………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….…………………………..………….………………………

# **FICHE INFIRMIERE**

Médecin traitant : 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 En cours

Nom du médecin et coordonnées, si oui …………………………………………………………………………………………….

Régime alimentaire/texture :……………………………………………………………………………………………………………..

Soins : 🞏 OUI 🞏 NON

Pansements : 🞏 OUI 🞏 NON

Type de plaies et protocole : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Injection 🞏 :…………………………… Stomies 🞏 : …………………………….

Sonde urinaire 🞏  Trachéotomie 🞏 Sonde naso-gastrique 🞏

Kinésithérapie 🞏
Si oui, quelle est la fréquence : …………………………………………………………………………………………………..

Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## **Traitement médical**

Merci de joindre une ordonnance du traitement actuel à ce dossier.

Si admission, une ordonnance actualisée sera demandée également.

Autonomie dans la prise de médicament : 🞏 OUI 🞏 NON

Présence d’appareillage : 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, lesquels : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

## **Degrés d’autonomie**

|  |  |
| --- | --- |
| Coherence(converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée) | 🞏 Normale |
| 🞏 Partiellement perturbée |
| 🞏Totalement perturbée |
| 🞏Démence diagnostiquée |
| Orientation dans le temps et l’espace | 🞏Normale |
| 🞏 Orienté avec aide |
| 🞏 Désorientation épisodique |
| 🞏 Désorientation totale |
| Humeur, comportement | 🞏 Normale |
| 🞏 Apathie, dépression |
| 🞏Agitation, agressivité |
| 🞏 Cris |
| 🞏 Fugue |
| 🞏 Commentaires : |
| Toilette, hygiène | 🞏 Seul  |
| 🞏 Aidé |
| 🞏 Ne fait pas |
| Habillage | 🞏 Seul (haut, bas, ceintures …) |
| 🞏 Aidé (… lacets, boutons) |
| 🞏 Ne fait pas |
| Alimentation, hydratation | 🞏 Seul |
| 🞏 Aidé |
| 🞏 Ne fait pas |
| 🞏 Troubles de la déglutition |
| Elimination | 🞏 Continence urinaire et fécale |
| 🞏 Incontinence occasionnelle |
| 🞏 Incontinence totale |
| Locomotion | 🞏 Adaptée |
| 🞏 Déambulation inadaptée |
| 🞏 Chutes fréquentes |
| Transfert (lit/fauteuil) | 🞏 Fait seul |
| 🞏 Avec aide :  |
| 🞏 Ne fait pas |
| Déplacements | 🞏 Fait seul |
| 🞏 Avec aide d’une personne |
| 🞏 Avec canne ou déambulateur |
| 🞏 En fauteuil roulant |
| 🞏 Ne fait pas ou grabataire |
| Communication à distance (téléphone, sonnette, alarme) | 🞏 Fait seul |
| 🞏 Avec aide |
| 🞏 Ne fait pas |

## **Rendez-vous**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXAMENS PREVUS** | **DATE** | **LIEU** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Merci de joindre tous les comptes rendus médicaux qui concernent le patient.**