

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LORRAIN BASSE-POINTE
orientation Neuro-Ortho-Traumato

mail : demande admission@chilbp.fr

téléphone : (0596 53 27 27, poste 285 - 0596 53 27 28)

fax : (0596 53 27 22)

Informations administratives et sociales

Date d'admission souhaitée* / /

Date de la demande* / /

Renseignements administratifs sur le service demandeur

Etablissement* :

Service* :

| | Nom - Prénom* | Téléphone* | MAIL |
|-------------------|---------------|------------|------|
| Médecin demandeur | | | |
| Cadre infirmier | | | |
| Assistant social | | | |

Renseignements administratifs sur le patient

| | | |
|-----------------------------------|--------------------|---------|
| Nom de naissance* | Nom d'usage * | Prénom* |
| Date de naissance* | Sexe* | |
| Code postal ou ville de naissance | Pays de naissance* | |
| Adresse du domicile* | CP* | Ville* |
| Téléphone | | |

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| Situation professionnelle | <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Etudiant | <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Autre : |
| Personne à prévenir | Nom : | Lien de parenté : | Téléphone : |
| Médecin traitant | Nom : | Prénom : | Téléphone : |

Prise en charge du séjour

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Numéro de sécurité sociale | | Caisse d'affiliation : |
| Mutuelle | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : | Nom : |
| | | Forfait journalier Supplément chambre seule <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Séjour en rapport avec | <input type="checkbox"/> ALD : | <input type="checkbox"/> déjà acquise <input type="checkbox"/> démarche en cours |
| | <input type="checkbox"/> Actes exonérants | |
| | <input type="checkbox"/> AT ou maladie professionnelle | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : | |

** Information obligatoire pour le dossier d'admission

Aspect social

Contexte de vie :

| | | | |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| Le patient vit-il seul ? * | | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Intervenants à domicile avant l'hospitalisation | | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui : |
| <input type="checkbox"/> IDE | Précisions : | Nom : | Coordonnées : |
| <input type="checkbox"/> Kinés | Précisions : | Nom : | Coordonnées : |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | Précisions : | Nom : | Coordonnées : |
| <input type="checkbox"/> Autre | Précisions : | Nom : | Coordonnées : |
| Logement | <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Hébergement institutionnel (SLD, foyer, ...) : <input type="checkbox"/> Etage sans ascenseur | | |
| Protection juridique | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Demande en cours Nom : _____ Coordonnées : _____ | | |

Orientation pour le devenir du patient :

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile possible et souhaité par le patient et son entourage |
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile impossible |
| <input type="checkbox"/> Projet de sortie à réévaluer |
| Commentaires : |
| |
| Démarches envisagées : |
| <input type="checkbox"/> Organisation d'aides et soins à domicile |
| <input type="checkbox"/> Entrée en établissement médicosocial (EHPAD , famille d'accueil .. ;) |
| <input type="checkbox"/> Autres |
| Commentaires : |
| |
| Informations importantes à signaler : |
| |

Objectifs de la prise en charge :

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traitement de la douleur | |
| <input type="checkbox"/> Traitement médical continu | |
| <input type="checkbox"/> Plaie et cicatrisation => matériel à prévoir : | |
| <input type="checkbox"/> Soins complexes | |
| <input type="checkbox"/> Renutrition : | Régime alimentaire : |
| <input type="checkbox"/> Rééducation multidisciplinaire nécessaire > 2H par jour /J et 3 intervenants : | |
| <input type="checkbox"/> Kiné | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> APA (activité sportive adapté) | <input type="checkbox"/> Neuro-psychologue |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> animateur |
| <input type="checkbox"/> Diététicienne | |

Prescription médicale* (joindre un CR provisoire si patient hospitalisé si possible)

Historique clinique résumée, diagnostic et évolution lors de l'hospitalisation*

Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques*

Comorbidités actives* (si présentes, cochez)

Cardiologie- -pulmonaire

- HTA compliquée ou résistante au traitement
- Fibrillation ou flutter auriculaire
- Cardiopathie ischémique chronique ou séquelle d'infarctus myocardique ou insuffisance cardiaque congestive
- ATCD d'embolie pulmonaire ou maladie thromboembolique
- Insuffisance respiratoire ou BPCO sévère

Neurologie-psychologie

- Séquelles d'AVC ou lésion médullaire compromettant l'autonomie
- Maladie de Parkinson ou autre maladie neurologique compromettant l'autonomie
- Epilepsie ou syndrome épileptique
- Troubles cognitifs avec besoin d'aide AVQ
- Etat dépressif
- Syndrome confusionnel

Cancérologie et hématologie

- Tumeur maligne ou hémopathie maligne évolutive
- Thrombopénie < 30G/L ou risque hémorragique

Pathologies métaboliques – hépatiques - rénales

- Insuffisance rénale <30ml/mn
- Patient DIALYSE
- Insuffisance hépatique sévère
 - Diabète insulino-requérant et/ou multicompliqué
 - Dénutrition sévère : albuminémie <30g/l ou amaigrissement > 10% du poids du corps en moins de 1 mois
 - Immunodépression ou corticothérapie ou traitement immunosuppresseur au long cours
 - Présence de greffe

- Pathologie rhumatismale ou othopédique invalidante
- Allergies – Conduites addictives – Autres situations**
- Allergies
- Conduites addictives
- Chutes à répétition
- Autre situation particulière modifiant la prise en charge

Information du patient

Le patient est-informé sur :

Le diagnostic Non Oui

Le pronostic Non Oui

La famille est informée sur :

Le diagnostic Non Oui

Le pronostic Non Oui

Commentaires

Directives anticipées (si connues)

Traitement en cours * (ou joindre l'ordonnance hospitalière)

| Traitement | Posologie | Observations |
|------------|-----------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Modes d'administration du traitement :

- Pousse seringue
- Voie veineuse périphérique Date de pose : / /
- Voie veineuse centrale Date de pose : / /
- Site implantable Date de pose : / /

Éléments infirmiers complétant le formulaire médical*

Poids : kg **Taille :** cm

| | | |
|--|---|--|
| Ventilation* <input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Apporter une précision | | |
| <input type="checkbox"/> Aérosols | <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Trachéotomie |
| <input type="checkbox"/> Aspiration trachéo-bronchique | <input type="checkbox"/> Ventilation Non Invasive | <input type="checkbox"/> Ventilation invasive <input type="checkbox"/> continue <input type="checkbox"/> discontinue |
| <input type="checkbox"/> Appareillage des apnées du sommeil | | |

| | | |
|--|----------------|---------|
| État cutané* <input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Apporter une précision | | |
| <input type="checkbox"/> plaies et pansements post chirurgicaux dont brûlures | Localisation : | Soins : |
| <input type="checkbox"/> escarres | Localisation : | Soins : |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| Statut infectieux en cours : * | | |
| Infection * ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> BMR <input type="checkbox"/> Bactéries émergentes | Site de l'infection : |
| Type (pour les bactéries émergentes) | | Joindre les prélèvements |
| Commentaires : | | |

| | |
|---|----------------|
| Appareillage* <input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Apporter une précision | |
| <input type="checkbox"/> Traction | Commentaires : |
| <input type="checkbox"/> Prothèses | Commentaires : |
| <input type="checkbox"/> Orthèses | Commentaires : |
| <input type="checkbox"/> Autres | Commentaires : |

| |
|----------------------------------|
| Capacités fonctionnelles* |
|----------------------------------|

| | Seul(e) | Aide partielle | Aide complète | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Déplacements* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Chariot plat |
| Transferts* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre : |
| Faire sa toilette* | Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remarques : |
| | Bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remarques : |
| | Hygiène intime | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remarques : |
| Habillage* | Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remarques : |
| | Bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remarques : |
| Aller aux toilettes* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Élimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD / Date de pose : <input type="checkbox"/> Cystocath / Date de pose : <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination urinaire : |
| | | | | Élimination fécale : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination : |



DOSSIER D'ADMISSION EN SSR RÉÉDUCATION EN MPR

| | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| Alimentation* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles de la déglutition | Nutrition entérale : |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Régime : | <input type="checkbox"/> Stomie d'alimentation : |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentation parentérale | <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique |

| Communication* | Normale | Altérée | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Vision* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> appareillée |
| Audition* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> appareillée |
| Expression* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Compréhension* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'interprète | Langue : | | |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--|
| Troubles de la conscience* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, Glasgow : |
| Troubles de l'humeur* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui : |
| Troubles cognitifs* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui : |
| Troubles du comportement* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Risques de fugue* <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Confusion |

Informations complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient* :