

À transmettre à **admissions-smr@hpmanche.fr** ou au **02 33 06 78 78**

NOM du patient : Prénom :

Date de naissance : N°sécurité sociale :

Adresse :

☐ Féminin ☐ Masculin

Poids : kg

Taille : M

Date de la demande : / /

Date d'entrée souhaitée : / /

Pathologie motivant la demande

En cas d'atteinte du membre inférieur, l'appui est-il interdit ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Droit ☐ Gauche

Durée :

Antécédents médicaux, chirurgicaux et allergies significatifs

En cas d'atteinte neurologique, préciser les séquelles :

Prescriptions médicamenteuses ou joindre les ordonnances en cours

ETAT CUTANÉ : ☐ Escarre ☐ Ulcère Localisation :

PANSEMENTS : ☐ Oui ☐ Non

Autonomie

Troubles cognitifs

Altération ☐ Normale ☐ Mineur ☐ Importante ☐ Majeure

Comportement

Agitation ☐ OUI ☐ NON
Déambulation ☐ OUI ☐ NON
Risque suicidaire ☐ OUI ☐ NON
Fugue possible ☐ OUI ☐ NON

Locomotion

Transfert ☐ Seul(e) **Aide** ☐ partielle ☐ totale
Marche ☐ Seul(e) **Aide** ☐ partielle ☐ Non marchant(e)

Soins corporels

S'habille ☐ Seul(e) **Aide** ☐ partielle **Aide** ☐ totale
Fait sa toilette ☐ Seul(e) **Aide** ☐ partielle **Aide** ☐ totale

Incontinence

Vésicale ☐ non concerné ☐ Diurne ☐ Nocturne
Anale ☐ non concerné ☐ Diurne ☐ Nocturne

Alimentation

S'alimente ☐ Oui ☐ Non régime :
☐ Seul(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

Respiration

☐ Normale ☐ Oxygène:l/min. ☐ Assistance

Particularité – Surveillance Spécifique

Troubles (cocher si concerné) :

- ☐ auditif
- ☐ visuel
- ☐ de déglutition
- ☐ de l'équilibre

Porteur de BMR ☐ de BHre ☐

- ☐ non
- ☐ oui, type :

Soins palliatifs (si concerné) :

- ☐ Patient informé ☐ Patient non informé

Sonde (cocher si concerné) :

- ☐ Sonde/Lunettes oxygène
- ☐ Sonde urinaire
- ☐ Trachéotomie
- ☐ Sonde naso-gastrique
- ☐ Gastrostomie-iléostomie

- ☐ Appareillage :
 - type :
 - appareilleur :

Autres éléments spécifiques de la prise en charge :

Devenir :

Médecin demandeur :

Téléphone :