



CLINIQUE LES OLIVIERS
Soins de suite, Endocrinologie
Réadaptation nutritionnelle
Cabassu BP I
30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
Tél : 04 66 35 92 00
Fax : 04 66 35 92 50
www.oc-sante.fr

Document d'admission du patient en secteur soins de suite polyvalents

A renseigner par le médecin

DOSSIER MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

Taille : Poids : IMC : Tension artérielle :

Adresse :

Téléphone(s) :

Chambre particulière souhaitée : Oui Non

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION – DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

.....

.....

MODE DE VIE

Vit seul Vit en couple Vit avec enfant(s) Autre :

Orientation du patient à la sortie du SSR : RAD possible et souhaité A évaluer EHPAD à préciser

Organisation à domicile : Aide ménagère En place A prévoir En cours
IDE En place A prévoir En cours
Téléalarme En place A prévoir En cours
Portage des repas En place A prévoir En cours

Autre :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

HTA Diabète ACFA AVC BPCO PTG PTH

Tumeur Maligne : Localisation secondaire :

Troubles de la déglutition Syndrome anxio-dépressif Autre :

Troubles addictifs : Actifs Sevrés Exogenose Toxicomanie Autre :

Allergies :

Besoins particuliers : Chimiothérapie Radiothérapie Dialyse Sonde urinaire Oxygénothérapie

SNG Stomie : localisation VNI Trachéotomie Autre :

Le patient est-il porteur d'une Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques (BMR) ? : Oui Non

Si oui, type :

Perfusion : SC IV VVC PAC Picc line

Pansements : Nombre : Localisation : Escarre Plus de 20 min VAC

Le patient a-t-il été hospitalisé à l'étranger dans l'année : Oui Non Si oui : Lieu : Date :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

AUTONOMIE – POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Toilette/Habillage	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Déplacement	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Alimentation	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale <input type="radio"/> Entérale <input type="radio"/> Parentérale Régime particulier :	
Incontinence urinaire	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Complète	
Incontinence anale	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Complète	
État cutané	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Plaies	
Incapacités physiques	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Évaluation de la douleur	EVA = /10 Siège =	
Appareillage Prothèse / Orthèse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

RELATION – COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Appareillée <input type="radio"/> Cécité	
Audition	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Déficit <input type="radio"/> Surdité	
Expression	<input type="radio"/> Satisfaisante <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Difficultés	
Compréhension	<input type="radio"/> Satisfaisante <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Difficultés	
Comportement	<input type="radio"/> Calme <input type="radio"/> Angoissé <input type="radio"/> Agité <input type="radio"/> Déambulation <input type="radio"/> Risque de fugue	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE – ADAPTABILITÉ

La prise en charge à la Clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Troubles cognitifs	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> mms : /30	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

TRAITEMENTS EN COURS

Liste complète des traitements en cours :

.....
.....
.....
.....

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

- Ordonnance en cours
- Bilan biologique < 1 an (HbA1C < 3 mois si diabétique)
- Compte rendu d'hospitalisation, le cas échéant

Date

Signature
du médecin

Cachet
du médecin

Pour obtenir des renseignements :

- Médecin :
04 66 35 75 16
- DSI :
04 66 35 75 08

Pour nous retourner la demande d'admission

- Par courrier : Clinique Les Oliviers
BPI – 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
- Par fax : 04 66 35 92 50
- Par courrier électronique : admissions@cl-les-oliviers.fr