

En vue de l'admission de votre patient au secteur de SSR de la Clinique des Cèdres, merci de nous retourner ces 2 pages dûment remplies : fiche d'admission et fiche d'autonomie par fax : 05 62 13 31 02

**Demande d'admission**

Etablissement demandeur : ..... Médecin : .....  
Service d'origine : ..... Téléphone : .....  
Date d'entrée souhaitée dans notre établissement : ...../...../..... Fax : .....

**Patient(e)**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F  
Date de naissance : ...../...../..... Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse : .....  
 Chambre particulière souhaitée

► **Diagnostic**

► **Motif de la demande** d'hospitalisation en SSR :

► **Devenir**

Personnes ressources (famille, aide à domicile...) :

Lieu de vie :  **Domicile, précisez (vit seul, escalier, ascenseur) :**  
 **Autre établissement**

Devenir envisagé :

Assistante sociale :  **Non**  **Oui, pourquoi :** .....

► **Autre(s) établissement(s) demandé(s) :** .....

Nom : ..... Prénom : .....

► **Antécédents médicaux et chirurgicaux :** .....

.....

.....

.....

► **Traitement en cours (à détailler) :** .....

.....

.....

► <b>Autonomie personnelle</b>	<b>Autonome</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
❖ Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Poids : .....			
❖ Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Habillage haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Habillage bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Utilisation toilettes	<input type="checkbox"/> Sonde	<input type="checkbox"/> Couche	<input type="checkbox"/> Bassin
❖ Transferts lit / fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Locomotion nécessitant	<input type="checkbox"/> Canne(s)	<input type="checkbox"/> Cadre de marche	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
❖ Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Soins cutanés, pansement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
❖ Risque d'escarre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Précisez : .....

.....

► <b>Capacités relationnelles</b>	<b>Intactes</b>	<b>Altérées</b>
❖ Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Résolution des problèmes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Etat psychique actuel :** .....

.....

.....

**Réponse**

Admissibilité :  Oui  Non, motif : .....

Date d'admission : ...../...../.....