



**DOSSIER UNIQUE d'ADMISSION
en SOINS de SUITE et READAPTATION**

V O L E T S O C I A L

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée : Date d'hospitalisation initiale :

DEMANDEUR

Centre Hospitalier :

Service : Filière A.V.C.

Etiquette
SIGMA

Médecin demandeur :

N° :

Fax n° :

COORDONNES PATIENTS / ENTOURAGE

Patient

Nom marital : Née : Prénom :

Né(e) : Age : Sexe : M F

Adresse :

Ville / Code Postal : ① N° :

Référent familial	Lieu de parenté	① N°

Médecin traitant

Nom : Commune : ① N° :

DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie vit seul(e) avec conjoint en milieu familial .. en structure collective

Mesures judiciaire de sauvegarde oui non en cours

Assuré : Nom : Prénom :

Numéro de Sécurité Sociale :

Caisse (adresse) : C.M.U. de base

Ouverture des droits :

Mutuelle : Complémentaire C.M.U.

Aide Médicale Etat :

Devenir envisagé : ..Retour à domicile

.....Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? oui non

Démarches sociales en cours :

Nom de l'Assistant Social :

Date :

Signature :

① N° : ② N° :

ETABLISSEMENTS SOLLICITES :

.....
.....

VOLET PARA-MEDICAL

Poids : kgs

Soins médicaux et paramédicaux :

Soins Paramédicaux	Sondes - Gastrique <input type="checkbox"/> - Urinaire <input type="checkbox"/>	Trachéotomie <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> O ² /mn	Pansement <input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres type <input type="checkbox"/>	Perfusion <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> Voie profonde <input type="checkbox"/> Seringue auto pulsée <input type="checkbox"/>
	Stomies			

Autonomie

Troubles de la vigilance		Coma stade II – III 3	Coma vigil 2	Vigilance normale 1
Comportement	Agressif Opposant 4	DTS Inconstants 3	Troubles mineurs ou 2	Normal 1
Continence	- Urinaire - Anale 4	Non Non 3	Non Oui 2	Oui oui Non oui 1
Toilette	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seule 1
Alimentation	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seule 1
Déplacement transfert	Aide complète 4	Aide humaine 3	Aide matérielle 2	Seule 1
Total :				

Souhait de chambre particulière

Observations sur la prise en charge

.....

Nom de l'Infirmier ou Cadre Infirmier

Date

Signature

Il est indispensable que lors de son admission le Patient arrive avec un maximum d'informations médicales (dossier médical, examens complémentaires, radiographies, scanner ...) et des transmissions infirmières de jour afin d'assurer une continuité des soins.

FICHE de LIAISON INFIRMIERE
Filière A.V.C. Lille Flandre – Lys

Service et établissement de départ :

Tél. I.D.E. :

Date de sortie : ____/____/____

Personne à prévenir :
Lien de parenté :

N° tél :
Prévenue du transfert O / N

Isolement : 0 / N

Type :

Depuis le :

Etiquette
Patient

TRAITEMENT RECU CE JOUR AVANT LE DEPART

Per Os	Injections

Le traitement figure sur la feuille de prescription de thérapeutiques : cf. photocopie jointe

SOINS PARTICULIERS

Plaie, escarre, stomie, canule, sondes, cathéter, chambre implantable ...

REMARQUES

Rempli le :

Par (I.D.E.) :

Ce document n'est pas une prescription médicale

GRILLE D'AUTONOMIE

Date :

HYGIENE	ALIMENTATION	MOBILISATION
Autonome <input type="checkbox"/>	Autonome <input type="checkbox"/>	Marche seul <input type="checkbox"/>
Aide à la toilette <input type="checkbox"/>	Stimulation <input type="checkbox"/>	Marche avec Aide <input type="checkbox"/>
Stimulation <input type="checkbox"/>	Aide au repas partielle <input type="checkbox"/>	Laquelle : <input type="checkbox"/>
E. partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Va au fauteuil <input type="checkbox"/>
E. totale <input type="checkbox"/>	Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/>	Date 1 ^{er} lever : <input type="checkbox"/>
<u>Particularités</u> :	Sonde gastrique <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>
	Régime normal <input type="checkbox"/>	Alité <input type="checkbox"/>
	Autre :	Matelas anti-escarres <input type="checkbox"/>
	Prothèse dentaire haut <input type="checkbox"/>	Type : <input type="checkbox"/>
	Prothèse dentaire bas <input type="checkbox"/>	<u>Particularités</u> :
	<u>Particularités</u> :	
RESPIRATION	SOMMEIL	ESCARRES
Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Prévention d'escarres <input type="checkbox"/>
Dyspnée <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>	- Frictions <input type="checkbox"/>
Sous O ² <input type="checkbox"/>	Avec Aide <input type="checkbox"/>	- Changements positions <input type="checkbox"/>
Nombre de litres :	Laquelle :	Présences d'escarres <input type="checkbox"/>
Installation particulière <input type="checkbox"/>	- Infusion <input type="checkbox"/>	Localisations :
Laquelle :	- Somnifère <input type="checkbox"/>	<u>Conduite à tenir</u> :
Aérosols <input type="checkbox"/>	<u>Particularités</u> :	
Aspirations <input type="checkbox"/>		
ELIMINATION URINAIRE	ELIMINATION FECALE	COMMUNICATION-RELATION
Continence <input type="checkbox"/>	Continence <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>
Incontinence <input type="checkbox"/>	Incontinence <input type="checkbox"/>	Prothèse auditive <input type="checkbox"/>
- Totale <input type="checkbox"/>	Particularités :	Normale <input type="checkbox"/>
- Occasionnelle <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>
- Nocturne <input type="checkbox"/>	Référence appareillage :	Désorienté/confus <input type="checkbox"/>
Sonde urinaire <input type="checkbox"/>	Dernière selle le : <input type="text"/>	Agité <input type="checkbox"/>
Date de pose :		Prévention/contention :
Taille :		
Péniflow <input type="checkbox"/>	Bassin de lit <input type="checkbox"/>	
Urinal <input type="checkbox"/>	Chaise percée <input type="checkbox"/>	
Bassin de lit <input type="checkbox"/>	Stimulation digitale <input type="checkbox"/>	
Chaise percée <input type="checkbox"/>	Laxatif <input type="checkbox"/>	
Couche <input type="checkbox"/>	Lavement <input type="checkbox"/>	

Cette fiche doit être accompagnée de l'inventaire de sortie du Patient