



**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
 PATIENT EN ETAT VEGETATIF**

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée :

DEMANDEUR

Centre hospitalier : Service :

Médecin demandeur : ☎ : Fax :

Assistante sociale : ☎ : Fax :

Date d'hospitalisation initiale : Valeur du K opératoire :

COORDONNEES PATIENT / ENTOURAGE

Patient :

Nom patronymique : Nom marital : Prénom :

Né(e) le : Age : ans Sexe : M - F

Adresse :

Code postal : Ville : ☎ :

Référent Familial (ou proche à contacter) :

Nom : Lien de parenté : ☎ :

Médecin Traitant :

Nom : Commune : ☎ :

DONNEES SOCIALES

Logement : Vit seul(e) avec conjoint en milieu familial en structure collective

Mesures judiciaires de sauvegarde : oui non en cours

Assuré :

Nom : Prénom :

N° Sécurité Sle : | | | | | | | | Caisse (adresse) :

Mutuelle :

CMU de base CMU complémentaire Aide médicale Etat A.L.D.

NOM ET QUALITE DU REDACTEUR

SIGNATURE

DOSSIER MEDICAL

➤ **Diagnostic principal :**

➤ **Date de l'accident initial :**

➤ **Diagnostics associés :**

➤ **Histoire de la maladie (date de début, principaux événements, traitements reçus, etc.) :**

➤ **Projet Médical :**

➤ **Symptômes physiques :**

Douleur	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>	Prurit	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	Occlusion	<input type="checkbox"/>	Troubles hémorragiques	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>		

➤ **Symptômes organo-psychiques :**

Anxiété	<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Confusion	<input type="checkbox"/>	Désorientation	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Délire	<input type="checkbox"/>	Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>
				Prostration	<input type="checkbox"/>

➤ **Etat clinique du Patient :**

➤ **Poids :**

BILAN INFECTIEUX

Si le Patient est infecté, origine de l'infection : urinaire respiratoire autre

Si identification de bactéries multirésistantes urinaire respiratoire autre

Germe :

Mesure d'isolement : oui non

En cas d'identification de bactéries multirésistantes, **un prélèvement bactériologique est nécessaire avant tout transfert.** Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission.

ASPECTS SUBJECTIFS

➤ Que sait la Famille sur sa maladie et/ou son pronostic ?

➤ Existence d'un entourage familial ou amical

➤ Problématiques de la Famille et de son entourage ?

enfant en bas âge

conjoint dépendant

conflit au sein de la famille

autres (merci de préciser) :

➤ Quelles sont les informations données à la Famille pour expliquer le transfert à Jean XXIII ?

PROJET SOCIAL

Un retour au domicile est-il souhaité ?

Si retour au domicile, l'entourage familial ou amical peut-il assumer ce projet ?

Nom du Patient :

AUTONOMIE ET CHARGE DE SOINS

Troubles de la vigilance	Coma stade II – III 3	Coma vigil 2	Vigilance normale 1		Score
Comportement	Agressif Opposant 4	DTS 3	Troubles mineurs ou inconstants 2	Normal 1	
Contenance : urinaire anale	Non Non 4	Non Oui 3	Oui Non 2	Oui Oui 1	
Toilette	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seul 1	
Alimentation	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seul 1	
Déplacement Transfert	Aide complète 4	Aide humaine 3	Aide matérielle 2	Seul 1	

SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Sonde - gastrique <input type="checkbox"/>	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Pansements <input type="checkbox"/>	Perfusion <input type="checkbox"/>
- urinaire <input type="checkbox"/>	Aspiration <input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/>	PAC <input type="checkbox"/>
Stomies :	O ₂l/mn Matelas anti-escarres <input type="checkbox"/>	Voie profonde <input type="checkbox"/>
		Seringue autopulsée <input type="checkbox"/>
			Pacemaker <input type="checkbox"/>

Traitements :

.....

.....

.....

.....

.....

CACHET DU SERVICE :

MEDECIN SIGNATAIRE :

Nom :

Signature

DECISION

Accord

Motif :

Refus

.....

Admission

Date prévue :

RAPPEL

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