

Application :
Martigné-Briand

Secteur :
SMR

Date de création :
17/10/2013

Dernière modification :
02/08/2023

Date de revue :
02/08/2024

1/ Demande

Demandeur : Dr Tél : Mail :

Date de la demande :/...../.....

Identité du patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Patient déjà connu au Service de Soins Médicaux de Réadaptation de Martigné-Briand

Orientation :

Soins Médicaux de Réadaptation

Hébergement Temporaire

Motif d'admission

(RAPPEL : les difficultés de maintien au domicile et les problèmes sociaux ne sont pas un motif d'admission en service de SSR. Ce sont par contre des indications potentielles d'entrée en hébergement temporaire).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique | <input type="checkbox"/> Evaluation douleur et mise en place traitement antalgique |
| <input type="checkbox"/> Situation à risque de décompensation | <input type="checkbox"/> Soins cutanés aigus (ulcères, escarre, érysipèle, dermite) |
| <input type="checkbox"/> Déshydratations/ dénutrition | <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif |
| <input type="checkbox"/> Perturbation équilibre diabétique | <input type="checkbox"/> Désorientation, troubles du comportement aigue d'origine non psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Suivi et prévention du syndrome post chute | |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome infectieux | |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | |

Statut infectieux : RAS BMR BHR contact BHR porteur => Chambre simple impérative

Histoire de la maladie :

Signes cliniques :

Allergies connues :

Traitement(s) actuel(s) et posologie (joindre une ordonnance actualisée)

Molécules onéreuses (préciser) :

ATDC significatifs et éventuellement référents médicaux

➤ Médicaux :

➤ Chirurgicaux :

➤ Psychiatriques :

Application : Martigné-Briand	Secteur : SMR	Date de création : 17/10/2013	Dernière modification : 02/08/2023	Date de revue : 02/08/2024
----------------------------------	------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Autonomie : Gir =

Niveau de dépendance (A-SD-D)

Transfert : Marche : Hygiène : Élimination : Alimentation :

- Troubles cognitifs Troubles du comportement

Protection Juridique : Tutelle Curatelle Coordonnées mandataire :
 Démarches en cours

Éléments de la prise en charge au domicile (noter le nom et les coordonnées téléphoniques/mail de l'intervenant)

- | | | | |
|---|---|-------------|---------------|
| ✓ <u>Suivi IDE libérale</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : | Coordonnées : |
| ✓ <u>SSIAD</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : | Coordonnées : |
| ✓ <u>ADMR</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Fréquence : | Coordonnées : |
| ✓ <u>Pharmacie usuelle</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Coordonnées : |
| ✓ <u>Transporteur sanitaire usuel</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Coordonnées : |
| ✓ <u>Autre intervenant</u> : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Coordonnées : |

Appareillage spécifique, préciser :

Pansements, préciser :

Nom et coordonnées téléphoniques de l'aidant principal :

Entourage : Le patient vit seul La famille est présente Famille et entourage en difficulté

Devenir présumé du patient : retour domicile probable institutionnalisation

Signature et cachet du médecin demandeur :

Le
A

Section réservée au Centre Hospitalier Layon Aubance

2/ Décision

- | |
|--|
| Entrée en <input type="checkbox"/> SMR <input type="checkbox"/> HT
Date : Heure : N° de chambre : |
| <input type="checkbox"/> Famille informée
<input type="checkbox"/> Transport organisé
<input type="checkbox"/> Equipe SMR informée
<input type="checkbox"/> Accueil informé |