

# DEMANDE D'ADMISSION EN SERVICE SOINS DE SUITE



Tous les items sont à compléter  
pour prendre en compte cette demande.  
Toute demande incomplète sera refusée

Etablissement demandeur :

Service : .....

Nom du médecin traitant :

N° Tél : ... / ... / ... / ... / ...

## Identité du patient :

Nom et Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Mode de vie : Seul : oui  non  si non préciser : .....  
Institution

## 1°) Motif de l'hospitalisation dans votre service et évolution

## 2°) Traitement en cours prescription médicamenteuse (Ordonnance de sortie à faxer la veille de l'entrée)

Date d'entrée souhaitée :

### Devenir ultérieur :

Solutions envisagées :

Démarches en cours :

Assistante Sociale : Oui  Non

Si oui lesquelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autonomie du malade

HYGIENE-SOINS	ELIMINATION
* Toilette sans aide <input type="checkbox"/>	* Continence <input type="checkbox"/>
* Toilette avec aide <input type="checkbox"/>	* Incontinence Totale <input type="checkbox"/>
* Toilette au lit <input type="checkbox"/>	* Incontinence partielle diurne <input type="checkbox"/>
* Escarres <input type="checkbox"/>	* Incontinence nocturne <input type="checkbox"/>
	* Sonde <input type="checkbox"/>
	* Stomie <input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT	PARTICULARITES
* Seul <input type="checkbox"/>	* Normal <input type="checkbox"/>
* Avec une personne <input type="checkbox"/>	* Agitation <input type="checkbox"/>
* Canne <input type="checkbox"/>	* Mal voyant <input type="checkbox"/>
* Déambulateur <input type="checkbox"/>	* Mal entendant <input type="checkbox"/>
* Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	* Aphasie <input type="checkbox"/>
	* Contagion <input type="checkbox"/>
REGIME	ALIMENTATION
* Normal <input type="checkbox"/>	* Seul <input type="checkbox"/>
* Mixé <input type="checkbox"/>	* A installer à table <input type="checkbox"/>
* Sans sel <input type="checkbox"/>	* A installer au lit <input type="checkbox"/>
* Sans sucre <input type="checkbox"/>	* A faire manger <input type="checkbox"/>
* Autres..... <input type="checkbox"/>	

## Nom et signature du Médecin demandant

L'admission :

Contactez le cadre du service au 02.98.21.29.20

Fax 02.98.21.29.95

Email : [medecine@hopital-lesneven.fr](mailto:medecine@hopital-lesneven.fr)

Téléchargeable sur le site : [www.hopital-lesneven.fr](http://www.hopital-lesneven.fr)