



## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION SMR :

- HOSPITALISATION COMPLÈTE SERVICE DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION
- HOPITAL DE JOUR SERVICE DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION
- UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

**A ADRESSER via AZUREZO ou par MAIL ou par FAX ou par COURRIER POSTAL :**

N B : Vous pouvez adresser directement votre demande d'admission sur AZUREZO

Téléchargez l'application AZUREZO sur votre mobile (App Store et Google Play) ou sur votre ordinateur

**SECRETARIAT :** TEL : 04 93 28 75 50 FAX : 04 93 28 73 13 MAIL : secretariat.ssr@ch-menton.fr

**SERVICE SOCIAL :** TEL : 04 93 28 72 03 FAX : 04 93 28 73 49 MAIL : sce.social@ch-menton.fr

Centre Hospitalier La Palmosa - Service SMR - 2, rue Antoine Pégliion – BP 189 – 06507 MENTON CEDEX

### PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance) (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

### MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres : (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT OU DU MEDECIN ADRESSEUR (nom, prénom, adresse et téléphone) :**

### ANTECEDENTS (médicaux, chirurgicaux)

### PATHOLOGIES ACTUELLES

### TRAITEMENT EN COURS - JOINDRE LES ORDONNANCES

TAILLE :

POIDS :

DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE (en supplément) OUI  NON

SOINS PALLIATIFS : OUI  NON

ALLERGIES : OUI  NON  préciser

CECITE : OUI  NON

SURDITE : OUI  NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : OUI  NON

### CONDUITES A RISQUE :

ALCOOL : OUI  NON

TABAC : OUI  NON

Sevrage : OUI  NON

### RÉÉDUCATION :

Kinésithérapie : OUI  NON

Orthophonie : OUI  NON

Autres : (préciser)

**COMMENTAIRES / RECOMMANDATIONS / CONTEXTE SOCIAL / DEVENIR ENVISAGE****DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

**ETAT INFECTIEUX**

	OUI	NON
Portage BMR		
Portage BHRé		
« Contact » de BHRé		

A : autonome B : semi-autonome C : dépendant

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

**SOINS TECHNIQUES**

	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

**APPAREILLAGES**

	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

Merci de nous faire parvenir également les derniers examens et bilans sanguins du patient.

Date :

Signature et cachet du médecin :