	<b>Dossier de pré-admission</b>	SMS-DP10 Version 02
	<b>SERVICE DE MEDECINE ET DE SOINS DE SUITE - HENRI GARNIER</b> 3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32	<b>Patient :</b>  Nom : Prénom :

*Service à orientation gériatrique (accueil des patients de plus de 60 ans)*

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

Établissement demandeur : .....

Service : ..... Téléphone : .....

Date de la demande : ...../ ...../ ..... Date d'entrée souhaitée : ...../ ...../ .....

Orientation souhaitée :       Médecine       Soins de suite

Patient/famille informés de la demande d'admission :       OUI       NON

**IDENTITE DU PATIENT**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ...../ ...../ .....

Situation familiale :  Célibataire    Marié(e)    Veuf(ve)   Vie maritale  Nombre d'enfants: .....

Adresse : .....

Milieu de vie avant l'hospitalisation :  Au domicile  Chez enfant  Autres: .....

Aides en place :  Aide ménagère    I.D.E    Autres: .....

Médecin traitant : .....

Mesure de protection :  OUI    NON


Si OUI :  Sauvegarde de justice       Curatelle       Tutelle

Nom du représentant légal : ..... Téléphone : ...../ ...../ ...../ ...../ .....

Personne à prévenir : ..... Téléphone : ...../ ...../ ...../ ...../ .....

**AUTONOMIE**

<b>Hygiène :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec surveillance/ stimulation <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Dépendant	<b>Habillage :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> seul avec surveillance <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Dépendant	<b>Déplacements :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<b>Orientation :</b> <input type="checkbox"/> Orientation TS normale <input type="checkbox"/> Trouble spatial <input type="checkbox"/> Trouble temporel <input type="checkbox"/> Aucun point de repère
<b>Contenance :</b> <input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Continent avec aide (conduite WC, bassin) <input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/> Incontinence totale <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<b>Comportement :</b> <input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> État d'agitation <input type="checkbox"/> Risque de fugue	<b>Communication :</b> <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Difficulté élocution <input type="checkbox"/> Difficulté visuelle <input type="checkbox"/> Difficulté auditive <input type="checkbox"/> Difficulté compréhension <input type="checkbox"/> Troubles Mnésiques	<b>Alimentation :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale <input type="checkbox"/> Régime: ..... .....

	<b>Dossier de pré-admission</b>	SMS-DP10 Version 02
	<b>SERVICE DE MEDECINE ET DE SOINS DE SUITE - HENRI GARNIER</b> 3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32	<b>Patient :</b>  Nom : Prénom :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin demandeur : .....

Diagnostic motivant l'admission en soins de suite : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents/Allergies : .....

.....

Traitement en cours : .....

.....

.....

.....

.....

Soins infirmiers : .....

.....

.....

Soins autres (Kinésithérapie...) : .....

.....

Matériel spécifique (barrières, matelas, Prothèses...) : .....

**PROJET DE SORTIE**

Retour au domicile  Retour dans la famille  En institution  Autres .....

Si projet d'une admission en institution, démarches faites :  OUI  NON


Si OUI, Nom et adresse des institutions : .....

.....

Nom de l'assistante sociale référente : ..... Tel : ...../...../...../...../.....

**CONDITION D'ADMISSION**

- Chaque dossier de pré-admission ne sera pris en compte qu'à réception de ce document dûment rempli.
- Transmettre le dossier au Service de Médecine et de Soins de Suite – Henri Garnier, 3 route de la Gare, 22210 PLOUGUERNEVEL  
Fax: 02.96.57.12.32 / Secrétariat: 02.96.57.12.31 / Courriel: l.legarff@ahbretagne.com
- Après étude du dossier, nous nous engageons à faire connaître par téléphone et à confirmer par courrier, au service demandeur, la décision d'admission et ensuite la date d'entrée.
- Le compte rendu d'hospitalisation, le traitement en cours, la fiche de liaison infirmière et le traitement pour 48h sont nécessaires à l'admission du patient.

	<b>Dossier de pré-admission</b>	SMS-DP10 Version 02
	<b>SERVICE DE MEDECINE ET DE SOINS DE SUITE - HENRI GARNIER</b> 3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32	<u>Patient :</u>  Nom : Prénom :

### DECISION D'ADMISSION

***Identité du patient***

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Admission prévue le ...../...../.....

Refus

Motif de refus : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsable Infirmier

Signature :

Médecin Coordonnateur

Signature :