

Dossier de pré-admission

DP10-SMSS
Version 05

Service de Médecine et de Soins de Suite - Henri Garnier

3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL
Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32

Patient

Nom :
Prénom :
N°IPP :

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

IDENTITÉ 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 ☐ Autre :
Aides en place : ☐ Aide-ménagère ☐ I.D.E ☐ Autre :
Médecin traitant :
Mesure de protection : ☐ OUI ☐ NON
Si OUI : ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle
Nom du représentant légal : Téléphone :/...../...../...../.....
Personne à prévenir : Téléphone :/...../...../...../.....

AUTONOMIE

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

Dossier de pré-admission

DP10-SMSS
Version 05

Service de Médecine et de Soins de Suite - Henri Garnier

3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL
Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32

Patient

Nom :
Prénom :
N°IPP :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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 ☐ Autre :

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 :/...../...../...../.....

**Service de Médecine et de
Soins de Suite - Henri Garnier**

3 route de la Gare 22110 PLOUGUERNEVEL
Tel: 02.96.57.12.31 / Fax: 02.96.57.12.32

Patient

Nom :
Prénom :
N°IPP :

CONDITIONS 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 : secretariat.smss.plouguernevel@ahbretagne.com / n.burlot@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.

DÉCISION D'ADMISSION

Identité du patient

Nom : Prénom :

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

☐ Admission, prévue le/...../.....

☐ Refus

Motif de refus :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsable Infirmier
Signature :

Médecin Coordonnateur
Signature :