

Demande d'admission à l'hôpital Sp-KEI

LES DONNÉES ADMINISTRATIVES

▪ **L'organisme référant**

L'identification du référant : _____

La personne à contacter : _____

Numéro de téléphone : _____ Email : _____

▪ **Le patient**

<u>Vignette du patient</u>	
Nom + prénom	_____
Date de naissance	_____
Adresse	_____
Code postale	_____ municipalité _____
Médecin Traitant	_____
Médecin généraliste	_____

Langue : NI Fr

Choix de chambre :

- Chambre individuelle :
 Isolement médical
 Choix personnel
- Chambre à 2 personnes
 Chambre commune

Mutualité _____ Code de l'intitulé _____

Numéro d'inscription _____

Date d'admission dans l'hôpital référant _____

Date d'admission dans le service de soins actuel _____

Date de sortie prévue _____

▪ **Les contacts**

Nom, liens de parenté, numéro de téléphone, mobile

LES DONNÉES SOCIALES

▪ **Situation de vie**

- Seule
- Avec partenaire autonome
- Avec partenaire nécessitant des soins

▪ **Forme de logement avant l'hospitalisation**

- maison ou appartement sans escaliers Signorie
- maison ou appartement avec escalier centre résidentiel de soins
- maison ou appartement avec ascenseur Autres : _____

vivant avec : _____

▪ **Soins de bénévoles avant l'admission à l'hôpital - Soins professionnelles avant l'admission à l'hôpital**

- Famille Voisins /connaissances aide aux personnes âgées / aide familiale
- Autres : _____ soins à la maison service de nettoyage
- La distribution des repas Autres : _____

▪ **Planification après la réhabilitation**

Description + en cas de placement : le nom de l'institution, location et date de demande

Date de demande : _____

Signature demandeur : _____

LES DONNÉES MÉDICALES

Nom du patient : _____

▪ **Diagnose**

Diagnostic principal ou condition de base pour lesquelles un traitement de réhabilitation est demandé :

En cas d'opération :

Date d'opération: _____

Nature : _____

Numéro de nomenclature en cas de : ≥K180 _____

≥N300 _____

Date de début de la condition actuelle: _____

Pour une fracture / prothèse indiquant la prise en charge ultérieure:

Pourcentage d'appui : _____

Mobilisation : _____

Points d'attentions : _____

Autres problèmes médicaux actifs et les antécédents significatifs :

(Ajoutez éventuellement un rapport du médecin-spécialiste traitant)

Traitement en cours à la dialyse ou de chimiothérapie:

Indication pour l'isolation*

La liste des médicaments actuels (éventuellement à ajouter en annexe)

* Des patients avec le SARM dans les crachats, BK dans les crachats ou CPE-transporteurs déjà connus ne seront **PAS** admis.

* veuillez retarder l'admission, le temps que l'isolation est nécessaire à cause de la grippe.

Après transfère au KEI j'enverrais un (copie du) rapport de sortie définitif au médecin traitant du Kei.

Tampon + signature du médecin-spécialiste traitant :

LES DONNÉES INFIRMIERS

Nom du patient : _____

▪ **Score ADL (échelle Katz) à la date de la demande**

Critère	score	1	2	3	4
Se laver		<i>se lave complètement sans aide</i>	<i>aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture</i>	<i>aide partielle pour se laver tant au-dessus et en dessous de la ceinture</i>	<i>doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus et en dessous de la ceinture</i>
S'habiller		<i>peut s'habiller et se déshabiller sans aide.</i>	<i>aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)</i>	<i>aide partielle pour s'habiller au-dessus et en dessous de la ceinture</i>	<i>doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus et en dessous de la ceinture</i>
déplacement		<i>est indépendant pour le transfert et totalement indépendant pour le déplacement</i>	<i>est indépendant pour ses transferts et déplacements, à condition d'utiliser des outil(s) mécanique (s) (béquilles, fauteuils roulants)</i>	<i>a besoin d'aide complète de tiers pour au moins l'un des transferts et / ou les déplacements</i>	<i>st alité ou assis dans un fauteuil roulant et complètement dépendant des autres pour se déplacer</i>
Visite de toilette		<i>peut aller à la toilette, s'habiller et se nettoyer</i>	<i>besoin d'aide pour l'un des trois éléments: se déplacer ou s'habiller ou de nettoyer soi-même</i>	<i>besoin d'aide pour deux des trois éléments: le déplacement et / ou s'habiller et / ou se nettoyer</i>	<i>besoin d'aide pour les trois éléments: se déplacer et s'habiller et se nettoyer</i>
continence		<i>est continent pour l'urine et les fèces</i>	<i>accidentellement incontinent pour l'urine ou les fèces (y compris sonde vésicale ou anus artificiel)</i>	<i>est incontinent pour l'urine (y compris l'entraînement de la miction) ou de selles</i>	<i>est incontinent pour l'urine et les fèces</i>
alimentation		<i>peut manger et boire seule</i>	<i>a besoin d'aide avant de manger ou boire</i>	<i>aide partielle est nécessaire pendant les repas ou en buvant</i>	<i>Le patient est totalement dépendant pour manger ou boire</i>

Critère	score	1	2	3	4
Dans le temps		<i>pas de problème</i>	<i>parfois, rarement des problèmes</i>	<i>presque tous les jours des problèmes</i>	<i>complètement désorienté ou impossible à évaluer</i>
En place		<i>pas de problème</i>	<i>parfois, rarement des problèmes</i>	<i>presque tous les jours des problèmes</i>	<i>complètement désorienté ou impossible à évaluer</i>

Critère	score	1	2	3	4	5
l'agitation nocturne		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque nuit</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
interférences verbale		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
comportement destructif		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
comportement accusatoire		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
un comportement agité		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
perte de décorum		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>
les fugues		<i>jamais</i>	<i>parfois, rarement</i>	<i>Presque chaque jour</i>	<i>constamment, toujours</i>	<i>Avant oui, mais plus maintenant à cause de l'état avancé</i>

MMSE ... / 30

▪ Des points d'attention particulière

Alimentation :

Régime alimentaire : Non Oui : _____

Des problèmes de déglutition : Non Oui : _____

Alimentation adaptée : Non Oui : _____

Des soins spécifiques :

Sonde urinaire :

Non Oui : depuis :.../.../.....

Astomie :

Trachéostomie gastrostomie Nutrition

complète parentérale

oxygène

Cathétérisation :

cathéter veineuse centrale cathéter veineux périphérique

port à cat

Fixation :

Non Oui

SARM :

Non Oui

Les soins de plaies et/ou d'escarres :

Nom de l'Infirmie(è)r(e) responsable : _____

Date : _____

Signature : _____