

Formulaire de demande d'admission au Centre SMR Ambrussum



Demande à envoyer par fax : **04.67.91.54.69** ou par mail : **accueil@smr-ambrussum.fr**

Médecin demandeur

Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / ___

Dr

Adresse :

Numéro de téléphone : 04 ____ / 06 ____

Coordonnées du médecin traitant si différent du médecin demandeur :

.....

Identité du patient

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone : 04 ____ / 06 ____

Numéro de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle et adresse :

Souhait de Chambre Particulière (58€ / jour) : oui non

Personne à prévenir

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : 04 ____ / 06 ____

Personne de confiance : oui non

Informations médicales

Statut vaccinal Covid-19 (préciser le nom du vaccin administré) : non-vacciné

schéma incomplet : schéma complet :

Motif de la demande de prise en charge au Centre SMR Ambrussum : Pathologies en cours ?

.....

.....

Résumé de la situation au domicile :

.....

.....

Poids : kg Taille : cm

Antécédents :

• Médicaux :

.....

• Chirurgicaux :

.....

• Allergies :

.....

Suivi par des spécialistes (coordonnées) :

Traitement habituel :

Projet à la sortie du séjour au Centre SMR Ambrussum :

Évaluation de l'autonomie au domicile

Marche au domicile

- Seul
- Aide technique (déambulateur, canne) :
- Impossibilité

Toilette

- Haut : seul, aide partielle, aide complète
- Hygiène intime : seul, aide partielle, aide complète
- Bas : seul, aide partielle, aide complète

Habillage

- Haut : seul, aide partielle, aide complète
- Hygiène intime : seul, aide partielle, aide complète
- Bas : seul, aide partielle, aide complète

Élimination urinaire

- Continent
- Incontinent

Élimination fécale

- Continent
- Incontinent

Troubles cognitifs

- Oui - préciser :
- Non

Troubles du comportement

- Oui - préciser :
- Non

Présence d'un appareillage ?

- Oxygène
- Stomie – si oui, type de stomie :
- Sonde urinaire
- Autre :

Présence de pansement ?

- Post chirurgie
- Escarre
- Ulcère
- Autre :

Si oui : protocole mis en place :

Informations complémentaires concernant le patient :

Signature et cachet du médecin demandeur