



## HC SMR : HOSPITALISATION COMPLETE DEMANDE D'ADMISSION EN SMR

### INFORMATIONS GENERALES

**Établissement destinataire :** Service de SMR Clinique d'Alençon – **HOSPITALISATION COMPLETE**

**Adresse e-mail d'envoi du dossier :** [respsr.alencon@lna-sante.com](mailto:respsr.alencon@lna-sante.com)

**Contacts :** Responsable des soins SMR : 02.33.32.56.90

### TYPE D'ADMISSION SOUHAITEE

Veuillez cocher l'option appropriée :

- REHABILITATION RESPIRATOIRE** (BPCO, asthme, cancer pulmonaire, pathologie respiratoire aiguë ou chronique nécessitant une prise en charge spécialisée)
- READAPTATION POLYVALENTE** (pathologies multiples nécessitant une rééducation globale, pluridisciplinaire et coordonnée *sans spécialité dominante.*)

**DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :** ..... / ..... / .....

### 1. PARTIE ADMINISTRATIVE – A COMPLETER PAR LE PATIENT

Je préfère une (sous réserve de disponibilité) :  Chambre seule  Chambre double

#### IDENTITE :

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom(s) : .....

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

#### COORDONNEES :

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

#### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Veuf(ve)

#### PERSONNE A PREVENIR :

Nom/ Prénom : .....

Téléphone : .....

Lien avec le patient :  Enfant  Parent  Aidant  Autre : .....

**Poids :** ..... **Taille :** .....

#### Aides à domicile déjà en place :

- Toilette
- Ménage
- Portage de repas

Intervenants :

.....

.....

#### Avenir envisagé à la sortie :

- Retour à domicile
- EHPAD

Autre :

.....

.....

## 2. PARTIE MEDICALE – A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Veuillez cocher la ou les options appropriées :

**DEPLACEMENTS :**

- Autonome
- Cannes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant
- Autre : .....

**RESPIRATION :**

- Air ambiant
- Oxygénothérapie (préciser le débit en L/min) : .....

**HYGIENE :**

- Autonome
- Aide partielle
- Aide total

**HABILLAGE /DESHABILLAGE :**

- Autonome    Aide partielle    Aide totale

**TROUBLES RELATIONNELS/COGNITIFS :**

- Désorientation
- Conscience altérée
- Troubles de la mémoire
- Troubles du langage
- Agitation
- Agressivité
- Risque de fugue
- Risque suicidaire

**FONCTIONS SENSORIELLES :**

- Vue déficiente
- Cécité
- Ouïe déficiente
- Surdité

## 3. CONTEXTE MEDICAL

Merci de préciser le contexte clinique, l'évolution, les interventions antérieures, les épisodes aigus récents, et tout élément pertinent orientant la prise en charge.

**MOTIF DE LA DEMANDE/ HISTOIRE DE LA MALADIE :**

.....

.....

.....

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

.....

.....

.....

**PROJET DE PRISE EN CHARGE SOUHAITE :**

(Réadaptation, rééducation fonctionnelle, renforcement musculaire, évaluation des aides techniques, éducation thérapeutique, etc.)

.....

.....

.....

**Traitement en cours (Joindre obligatoirement une ordonnance à jour)**

Médecin prescripteur

Nom/ Prénom : .....

Ville : .....

Date : .....

Signature :

CACHET OBLIGATOIRE