



## HDJ SMR : HOSPITALISATION DE JOUR DEMANDE D'ADMISSION EN SMR

### INFORMATIONS GENERALES

Établissement destinataire : Service de SMR Clinique d'Alençon – HOSPITALISATION DE JOUR

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

**Contacts :**

Secrétariat HDJ : 02 33 32 39 66

Infirmière coordinatrice SMR : 02 33 32 39 67

Cadre de rééducation : 02 33 32 76 34

### TYPE D'ADMISSION SOUHAITEE

Veillez 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

**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 : .....

## 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) :  
.....

### 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