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 : respssr.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 :	**Avenir envisagé à la sortie :**
☐ Toilette ☐ Ménage ☐ Portage de repas Intervenants :	☐ 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