

RESERVE AU COLLECTIF D'ADMISSIONS

Date d'exploitation du dossier

.....

Décision

OUI NON ATTENTE

Commentaire

.....

.....

.....

.....



SANTÉ

Soigner et prendre soin

Institut Médicalisé de Mar Vivo
Soins Médicaux et de Réadaptation

Ligne directe
04 94 11 12 39

Etablissement adresseur

.....

.....

Médecin adresseur

.....

Fax

Tél de l'Unité Médicale

.....

Date d'admission souhaitée

.....

Dossier Médical de Pré-Admission en SMR

**DOCUMENT A FAXER au Secrétariat Médical de l'IMM : 04 94 11 12 33 ou par mail :
facturation4.imm83@lna-sante.com
à l'attention du Collectif des Admissions**

NOM Prénom

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

..... Tél

Caisse Maladie

N° de Sécurité sociale

Mutuelle

Chambre particulière à charge du patient OUI NON

(attribuée à l'admission en fonction des disponibilités)

Je soussigné, le Docteur demande l'admission de
M pour une durée de jours à l'IMM

Diagnostic motivant la demande d'admission (& date du KC)

.....

.....

Projet thérapeutique

.....

.....

ANTECEDENTS & PATHOLOGIES ASSOCIEES

.....

.....

.....

AUTONOMIE DU PATIENT

MOBILITE autonome assistance aide partielle dépendance totale

TRANSFERT LIT/FAUTEUIL autonome surveillance aide partielle dépendance totale

TOILETTE/HABILLAGE autonome préparation aide partielle dépendance totale

ALIMENTATION autonome préparation aide partielle dépendance totale

CONTROLES SPHINCTERIENS OUI NON APPAREILLAGES

SONDE A DEMEURE COLOSTOMIE URETEROSTOMIE AUTRE

TROUBLES COGNITIFS ET/OU PROBLEMES PARTICULIERS

TRAITEMENT EN COURS (renseigner impérativement cette rubrique) avec posologies et durées (antibiotiques)

AUTONOMIE MEDICAMENTEUSE (le patient prend ses médicaments tout seul) OUI NON

SOINS LOCAUX PANSEMENTS OUI NON **DATE D'ABLATION DES SUTURES** / /

DONNEES MORPHOMETRIQUES **POIDS DU PATIENT** **TAILLE DU PATIENT**

TYPE DE REEDUCATION SOUHAITEE

SURVEILLANCE PARTICULIERE SOUHAITEE PAR LE PRATICIEN ADRESSEUR

TRAITEMENTS ASSOCIES A EFFECTUER DANS D'AUTRES STRUCTURES DE SOINS PENDANT LE SEJOUR

RADIOTHERAPIE **CHIMIOTHERAPIE** **DIALYSE**

Où ? **QUAND ?** **COMBIEN DE TEMPS ?**

LE MALADE DOIT-IL ETRE REVU EN CONSULTATION ? OUI NON

SI OUI QUAND ? **PAR LE DR.** **Où ?**

DEVENIR DU PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR DE L'IMM **RAD** **MDR** **LS** **SITUATION SOCIALE**

Date de la demande / / Le Médecin adresseur
Signature, cachet et téléphone



Tout patient doit arriver à L'IMM en fin de matinée ou en début d'après midi (avant 16 heures)

Avant son entrée effective à l'IMM, merci de lui remettre un courrier adressé à nos Médecins résidents ainsi que toutes pièces permettant d'assurer la continuité de ses soins (CRO, radios, anapath, ordonnances & bilans sanguins récents, fiche de liaison des soins IDE, etc....)

La remise d'une grille AGGIR établie à la sortie de l'établissement adresseur est recommandée

Notre établissement reçoit les patients de 65 ans et plus, en provenance du Secteur Hospitalier Public ou Privé de la Région PACA

Les patients venant du domicile seront admis avec un accord de prise en charge de la Caisse de Sécurité Sociale, établi par leur médecin traitant

*Pour permettre au Collectif des Admissions de statuer au mieux sur le dossier de pré-admission du patient
MERCI DE RENSEIGNER TOUTES LES RUBRIQUES*

COLLECTIF ADMISSIONS

Dr Sophie BUFFET DELMAS	Annabelle RICARD	Dr Véronique BENALI	Dr Sylvie APARICIO	Dr Céline BAYSIEU	Dr Amandine LOMETTI
Médecin Coordonnateur	Cadre de santé	Médecin	Médecin	Médecin	Médecin