

ANTECEDENTS		
Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques
Conduites addictives		Allergies
Traitements en cours		

Autonomie

Poids :	Taille :	Observations/Actions	Remarques
Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appui interdit Technique : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
Hygiène	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		

Elimination Contenance	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Incontinence : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
Respiration	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Dépendance		
Communication	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Désorientée <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution	<input type="checkbox"/> Barrière linguistique :	
Comportement	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Angoissé <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale	
Sommeil	<input type="checkbox"/> Dort bien <input type="checkbox"/> Réveils fréquents		

Environnement social

PROTECTION JURIDIQUE : NON OUI : Tutelle Curatelle

Coordonnées :

LOGEMENT : Appartement Maison Etages sans ascenseurs Vit seul

Institution (préciser) :

INTERVENANTS AU DOMICILE AVANT HOSPITALISATION : NON OUI (préciser noms et coordonnées):

IDE/SSIAD :

Kiné :

Aides à domicile :

Autres :

Bénéficiaire APA : oui non

MDPH oui non

Fiche administrative (à remplir si possible par le patient ou la famille)

Nom d'usage : Nom de jeune fille :

Prénoms :

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

Sexe : F M

Adresse :

Tel (fixe) : Tél (portable) :

N° Sécu : _ _ _ _ _

 CMU AMECaisse d'affiliation et Adresse (*joindre attestation*) :Nom et Coordonnées mutuelle (*joindre carte*) :

Tél : Fax :

Séjour en rapport avec : ALD : Acquis Démarches en cours Suite opératoire > 123 € AT ou maladie professionnelle AME Autre :**Personne à prévenir :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Médecin Traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Fax :

Pharmacie :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Fax :

Le patient a désigné une ambulance de référence : OUI NON

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

Tél :

Fax :

Récapitulatif des documents à joindre :

Demande d'admission HDJ à l'Institut de Réadaptation de Romainville dûment remplie

A L'ADMISSION :

- Carte d'identité,
- Carte vitale et attestation de Sécurité Sociale
- Justificatifs de protection sociale : Carte de mutuelle, CMU-CAME, AT/MP, bénéficiaire art. 115, bénéficiaire du régime Alsace-Moselle, ALD
- Statut Covid et vaccination

- Dernier compte-rendu d'hospitalisation connu, ordonnance des traitements actuels.

- Documents et compte-rendu d'examens.

- Examens cliniques et/ou para clinique (kiné, psycho, diététique...).

- Derniers examens biologiques et/ou bactériologiques.

- Ordonnances portant sur les traitements et prescriptions de sortie.


- Rendez-vous prévus.

- Tout autre document jugé utile pour optimiser la qualité de la prise en charge administrative ou médicale.

POUR TOUTE AUTRE DEMANDE D'ADMISSION JOINDRE :


 Accueil HDJ :

Tél. : 01.79.63.63.00


 L'Infirmière coordinatrice HDJ

Tél. : 01.79.63.63.03

DOSSIER D'ADMISSION ET DOCUMENTS :

 A faxer au : 01.79.63.63.01

 A déposer à l'accueil HDJ de l'établissement

 A adresser par courrier :

Institut de Réadaptation de Romainville
IDEC HDJ
140, rue Paul de Kock
93230 Romainville

 A adresser par courriel : E-mail : idec.irr@lna-sante.com / secrmed1.irr@lna-sante.com