

# DEMANDE D'ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE- IRCH



IRCH  
1 Rue de Kergonidec  
29800 LANDERNEAU  
Tél : 02.56.31.11.31  
Fax : 02.56.31.11.01  
e-mail : hdj.irch@lna-sante.com

## ETABLISSEMENT OU SERVICE DEMANDEUR

Date de la demande : ..... / ..... / .....

Date d'admission souhaitée : ..... / ..... / .....

Nom et coordonnées du médecin adresseur : .....

Signature et cachet du service : .....

.....

.....

.....

N° de téléphone : .....

N° de fax : .....

## IDENTITE DU PATIENT

NOM : .....

Caisse : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

N° de sécurité sociale : .....

PRENOM : .....

Mutuelle : .....

NE(E) LE : ..... A : .....

Adresse : .....

Nom et Prénom de la personne à prévenir : .....

.....

adresse mail .....

Lien de parenté : .....

Numéro téléphone portable : .....

Coordonnées : .....

Numéro de téléphone fixe : .....

Patient(e) informé(e) de la demande:      oui                      non

Famille informée de la demande:            oui                      non

Nom du médecin traitant : .....

Adresse et téléphone : .....

.....

## CONTEXTE SOCIAL

- |   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile                             | <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e)                       | <input type="checkbox"/> Veuf (ve)                         |
| <input type="checkbox"/> En foyer logement                    |                                      |   |  |
| <input type="checkbox"/> Aides à domicile                     | Précisez :                           | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie : .....h/sem | <input type="checkbox"/> Téléalarme                        |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Passage IDE                    |  |
| <input type="checkbox"/> En institution                       | <input type="checkbox"/> EHPAD       | <input type="checkbox"/> USLD                           |  |
| <input type="checkbox"/> Protection juridique                 | <input type="checkbox"/> Tutelle     | <input type="checkbox"/> Curatelle                      | <input type="checkbox"/> Sauvegarde                        |
|   | Nom du tuteur et coordonnées : ..... |   |  |
|   | .....                                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Dispositif d'appui à la coordination | <input type="checkbox"/> CLIC        | <input type="checkbox"/> MAIA                           | <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> MDPH |
|   |                                      |   |  |
| Escaliers à domicile  | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non                            |  |
| Transferts et marche seul(e) à domicile                       | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non                            |  |

## REMARQUES sur la situation sociale actuelle

.....  
.....  
.....  
.....

## CONTEXTE MEDICAL

Poids:                      Taille:                      IMC:

### PROGRAMME DEMANDE (évaluation gériatrique globale systématique à l'entrée)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orthogériatrie : pathologie ostéoarticulaire et rhumatologique<br><input type="checkbox"/> Programme POGO : réhabilitation préopératoire.<br><input type="checkbox"/> Prévention des chutes : troubles de la marche et de l'équilibre<br><input type="checkbox"/> Troubles moteurs : post AVC, Parkinson | <input type="checkbox"/> Stimulation et/ou réhabilitation cognitive :<br><input type="checkbox"/> Accompagnement de l'aidant<br><input type="checkbox"/> Bilan d'autonomie et réadaptation |
|---|--|

### JOINDRE L'ORDONNANCE DU TRAITEMENT ACTUEL

Précisions du médecin

Antécédents et Pathologies associées:

## PARTICULARITES

### Critères de fragilité

	OUI	NON
Votre patient(e) vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient(e) a perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient(e) se sent plus fatigué(e) depuis ces 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient(e) rencontre plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient(e) se plaint de sa mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient(e) marche moins vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre patient vous paraît-il fragile ?                       oui                       non

### Autonomie (Mettre une croix dans chaque cas)

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Locomotion			
Alimentation			
Habillage			
Toilette			

Continent	Incontinence occasionnelle	Incontinent

	Autonome	Partielle	Impossible
Compréhension			
Orientation			
Expression			

Chute dans les 12 derniers mois                       oui                       non

Troubles de la déglutition                       oui                       non                      Texture : .....

Troubles des fonctions cognitives : .....

Troubles du comportement (agitation, agressivité, errance...) :                       oui                       non

Si oui le(s)quel(s) ? .....

### Dépendance technique :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déambulateur    | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Cannes              |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Sonde urinaire   | <input type="checkbox"/> Stomie : Laquelle ? |
| <input type="checkbox"/> Autres:         |   |  |