



**Commission d'admission :**

Tél : 03.44.80.88.80 / Fax : 03.44.80.69 59  
centralereservation.imb@lna-sante.com

Breteuil, le .../...../20...

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, nous avons le plaisir de vous faire parvenir, un dossier médical de demande d'admission à faire compléter par votre médecin ainsi qu'un dossier administratif à compléter par vos soins.

Le dossier est à nous retourner accompagné des documents suivants :

- ◆ Photocopie de la carte d'assuré social
- ◆ Photocopie de la carte de mutuelle
- ◆ Photocopie de la carte d'identité.
- ◆ Directives anticipées (si vous en avez faites)
- ◆ Statut vaccinal

Lors de l'admission l'originale de votre carte vitale vous sera demandée.

**Pour les demandes émanant du domicile :**

◆ Certificat médical indiquant que votre état de santé nécessite un séjour en hospitalisation complète en S.M.R. **en précisant le nom de notre établissement.**

**En cas de suivi psychiatrique,**

◆ Certificat de votre psychiatre, celui-ci peut également être établi par le psychiatre du CMP dont vous dépendez.

L'examen de votre dossier sera réalisé à la réception de l'ensemble des pièces précitées.

Si votre mutuelle ne prend pas en charge le ticket modérateur et/ou le forfait journalier, il vous sera **demandé le règlement de ces derniers,** selon la participation de votre caisse de sécurité sociale.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La commission d'admission

## DOSSIER ADMINISTRATIF DE DEMANDE D'ADMISSION

*(Dossier à remplir par le patient ou famille)*

*Joindre à ce dossier d'admission une copie de la carte de sécurité sociale, de la carte de mutuelle et de la carte d'identité*

### Patient

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

 (fixe) .....  (portable) ..... mail : .....

N° de sécurité sociale : ..... Caisse d'affiliation : .....

Adresse de la caisse : .....

Nom de la mutuelle : .....

Adresse : .....

N° Adhérent : .....  .....  .....

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  veuf (ve)  divorcé(e)  séparé(e)  concubinage

Profession : ..... Accident du travail ?  Oui  Non N° de l'A.T : .....

Devenir du patient :  retour à domicile  maison de retraite  long séjour  autre : .....

Chambre individuelle  oui  non (supplément minimum de 87€ / jour)

### Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

 .....  .....

### Personnes à prévenir


Nom : .....

Prénom : .....

Qualité/lien : .....

Adresse : .....

.....

 (fixe).....

 (portable) .....


Nom : .....


Prénom : .....

Qualité/lien : .....

Adresse : .....

.....

 (fixe).....

 (portable) .....

Le patient a désigné une ambulance de référence  Oui  Non

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

1.  .....  .....

**Directives anticipées rédigées** :  OUI  NON (si OUI merci de les joindre ou les apporter )

## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN SMR

(Dossier à remplir par le médecin traitant ou médecin hospitalier)

**Hospitalisation complète**

**Hospitalisation de jour (neurologie/polyvalent/gériatrie)**

*Joindre à ce dossier d'admission une copie de la carte vitale, de la carte de mutuelle et de la carte d'identité*

Nom - prénom du patient : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....  .....

<b>Médecin demandeur (Nom prénom et tampon)</b>		<b>Motif de la demande</b>
<b>Descriptif de la pathologie</b>		
<b>Antécédents</b>		
<b>Médicaux</b>	<b>Chirurgicaux</b>	<b>Psychiatriques</b>
<b>Conduites addictives</b>		<b>Allergies</b>
<b>Traitement (posologie détaillée, joindre une ordonnance récente)</b>		
-	-	

<b>Bilan d'autonomie</b>			
		Poids : .....kg	Taille : .....m.....
		Observations / Actions	Remarques
<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit  <input type="checkbox"/> Aide technique : <i>O Canne   O Béquille   O Déambulateur</i> <i>O Fauteuil roulant</i>	
<b>Hygiène</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<b>Elimination</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<b>Incontinence</b>	<input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale  <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> Change complet <input type="checkbox"/> Anaform <input type="checkbox"/> Etui pénien taille : <input type="checkbox"/> Sonde à demeure CH : ..... <i>Date de pose de la sonde :</i> ...../...../..... <input type="checkbox"/> Stomie	
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Aide totale	Type de régime : ..... <input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <i>Date de pose de la sonde :</i> ...../...../..... <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	
<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Oxygénéodépendance	<input type="checkbox"/> Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> O2, débit : .....	
<b>Communication</b>	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution		
<b>Comportement</b>	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Angoissé <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif		
<b>Sécurité</b>	<input type="checkbox"/> Risque d'escarres  <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Risque de chutes	<input type="checkbox"/> Prévention d'escarres <input type="checkbox"/> Matelas, type : ..... <input type="checkbox"/> Coussin type : .....  <input type="checkbox"/> Contention physique : <i>O Au fauteuil   O Au lit   O Barrières de lit</i>	
<b>Particularités</b>	<input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Appareil auditif	
<b>Sommeil</b>	<input type="checkbox"/> Dort bien <input type="checkbox"/> Réveils fréquents <input type="checkbox"/> Ne dort pas		

**Cette grille n'est à remplir que pour les patients de l'hôpital de jour**

**DEPENDANCE : GRILLE AGGIR**

Chaque variable doit recevoir l'évaluation "A" "B" ou "C"

On utilise pour apprécier chaque activité les adverbes:

Seul

Spontanément

Totalement

Correctement

Habituellement

On attribue "A" si l'on a une réponse positive aux 5 adverbes

On attribue "B" si l'on a une réponse négative à certains adverbes

On attribue "C" si l'on a une réponse négative aux 5 adverbes

Le résultat obtenu permet d'apprécier la dépendance de la personne,

			Evaluation		
Variables Discriminantes			A	B	C
1	<b>Cohérence</b>	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises. Il faut coter la communication (verbale et non verbale) avec autrui <b>et</b> le comportement (logique, rationalité, conforme au sens commun). AA=A CC ou CB ou CA =C AB ou BA ou BB =B			
2	<b>Orientation</b>	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels. Il faut coter l'orientation temporelle <b>et</b> l'orientation spatiale. AA=A CC ou CB ou BC ou CA =C AB ou BA ou BB =B			
3	<b>Toilette</b>	Faire seul, en entier, habituellement et correctement sa toilette du haut et du bas. Il faut coter la toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs, rasage, coiffage) <b>et</b> du bas (régions intimes, membres inférieurs pieds). AA=A CC=C Autres =B			
4	<b>Habillage</b>	S'habiller seul, totalement et correctement. Il faut coter l'habillage du haut (bras, tête) <b>et</b> du milieu (boutons, ceinture, bretelles...) <b>et</b> du bas (pantalon, chaussettes, bas, chaussures). AAA=A CCC=C Autres =B			
5	<b>Alimentation</b>	S'alimenter seul et correctement. Il faut coter "se servir" (couper la viande, ouvrir un pot, se verser à boire, peler un fruit...) <b>et</b> manger (seul, proprement). AA=A CC ou BC ou CB=C Autres =B AB ou BA ou BB =B			
6	<b>Elimination</b>	Assurer seul et correctement l'hygiène et l'élimination urinaire et anale. Il faut coter l'élimination urinaire <b>et</b> anale (lieu adéquat, proprement). AA=A CC ou CB ou BC ou CA ou AC=C Autres =B			
7	<b>Transferts</b>	Se lever, se coucher et s'asseoir seul. Par convention, le non réalisation spontanée, non habituelle, non correcte des "lever/coucher" et "coucher/lever" se cote C.			
8	<b>Déplacements intérieurs</b>	Se déplacer seul (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant) dans les pièces à vivre jusqu'à la boîte aux lettres.			
9	<b>Déplacements extérieurs</b>	Dépasser seul le seuil de sa porte ou au-delà de la boîte aux lettres. Cette variable n'a aucune incidence sur le GIR.			
10	<b>Communication à distance</b>	Utiliser les moyens de communication à distance (téléphone, alarme...) Cette variable n'a aucune incidence sur le GIR.			
<b>GIR résultant</b>					

Date du recueil : ...../...../20..... Nom du médecin ayant rempli la grille : .....

Signature :