

**HÔPITAL
Joseph DUCUING**

15 rue de Varsovie
31076 TOULOUSE Cedex 3
Tél : 05 61 77 34 00

**SMR BASSO-CAMBO
Centre de rééducation**

3 rue du Doyen Lefebvre
31081 TOULOUSE Cedex 1
Tél : 05 81 91 86 66
Fax : 05 61 76 62 71
Mail : secretariat.smr@hopitaljosephducuing.fr

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION DE JOUR

*Cette demande doit être remplie par le médecin. Merci de bien vouloir renseigner **tous** les items.*

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Médecin adresseur (nom/adresse/téléphone ou cachet) :

Établissement de santé ou service demandeur :

Médecin traitant (nom/adresse/téléphone ou cachet) :

Nom* :

Délai souhaité d'admission* :

Prénom* :

Adresse* :

Né(e) le* :/...../.....

Téléphone* :

Mail* :

Pathologie en ALD* : Oui Non

Personne à joindre (téléphone)* :

PATHOLOGIE ET ÉTAT DU PATIENT

Pathologie principale* :

Depuis le* :/...../.....

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Allergies :

État somatique* :

État stabilisé ?

Oui

Non

- Intégrité cutanée ?

Oui

Non, préciser :

- Infection à BMR ?

Oui, préciser :

Non

État fonctionnel* :

- Marche :

Autonome

Aide technique en appareillage, lequel ?

- Fauteuil roulant :

Avec tierce personne

- Préhension :

Normale

Partielle

Impossible

- Poids du patient* :

État psychologique et communication* :

- Troubles cognitifs ou comportementaux :

Oui, lesquels ?

Non

- Troubles de la compréhension ?

Oui

Non

- Difficultés d'expression ?

Oui, précisez :

Non

ENVIRONNEMENT DU PATIENT*

	Oui	Non	Sans objet
Habitat accessible et sécurisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence d'un entourage familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aidants à domicile, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dossier en cours ? APA MDPH Autre

RÉSULTATS ATTENDUS D'UNE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION DE JOUR *

TRAITEMENTS EN COURS

Ramener les ordonnances lors de la consultation.

BESOINS*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Éducation physique adaptée |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Suivi social |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Appareillage ou suivi d'appareillage |
| <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Adaptation du domicile |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique | <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle |

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE RÉÉDUCATIVE

Le patient peut-il effectuer les soins :

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| - Quel que soit le moment de la journée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, précisez : |
| - Quel que soit le jour de la semaine du lundi au vendredi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non, précisez : |

***Champs à remplir impérativement, pour une meilleure prise en charge future.**