

### Dossier de Pré-Admission en SSR

#### Décision : (cadre réservé au SSR)

**Admission :**  
Date programmée : .....

**Refus :** Motif : .....  
Date de réponse au demandeur : .....

Date de la demande : ..... Date d'entrée souhaitée : .....

#### Médecin adresseur

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....

#### Identification du patient :

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  F  M  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....  
Caisse de Sécurité Sociale : .....  
Mutuelle : .....  
Souhait de chambre particulière  Oui  Non

#### Personne à prévenir :

NOM : ..... Prénom : .....  
Lien avec le patient : ..... Téléphone : .....

#### Données Médicales :

Pathologie principale : .....  
Objectifs de la prise en charge : .....  
Environnement socio-familial : .....

Antécédents Médicaux :	.....
Antécédents Chirurgicaux :	.....
Allergies :	.....

Projet de soins en SSR :  Rééducation  Réadaptation  Convalescence  Soins palliatifs  
Objectifs attendus : .....

Traitement actuel :		
Traitement	Posologie	Observation

Pansements :     Oui     Non                      Escarres :     Oui     Non  
 Localisation :    .....                                      Localisation :    .....  
 Poids : ..... Kg                                      Taille : ..... cm

Autonomie et charge en soins				
Comportement :	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Renfermé	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Tendance à crier
Communication	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Surdité
Orientation	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Désorienté	<input type="checkbox"/> D�ambulant	<input type="checkbox"/> Fugueur
Toilette / Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale	
Elimination urine	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale	
Elimination fécale	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale	
Mobilité / transfert	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale	
Prise des repas	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide Partielle	<input type="checkbox"/> Aide Totale	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Régime : .....	<input type="checkbox"/> Texture : .....	
Respiration	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Oxygène	<input type="checkbox"/> Trachéotomie

Devenir envisagé après le séjour en SSR	
<input type="checkbox"/> Pas de modification du cadre de vie	
<input type="checkbox"/> Orientation vers une institution d'hébergement adaptée	
Cette modification a-t-elle été abordée ?	Des démarches ont-elles été effectuées auprès de structures d'hébergement ?
<input type="checkbox"/> Avec le patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Avec la famille	Si oui lesquelles ?
	.....

Merci de joindre   ce dossier tout document médical utile   votre admission dans notre établissement.