



association  
Val de Sournia

# SMR Saint Christophe

## Clinique de Soins Médicaux et de Réadaptation

21 allée Aimé Giral - 66000 PERPIGNAN

Tél : 04 68 08 35 35 - fax : 04 68 08 35 00 - courriel : [ssr.stchristophe@vds-asso.fr](mailto:ssr.stchristophe@vds-asso.fr)

### DOSSIER DE PRÉ- ADMISSION HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

Décision : (cadre réservé au SMR)

Admission :

Date programmée : .....

Refus : Motif : .....

Date de réponse au demandeur : .....

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

Médecin adresseur	Médecin traitant
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :

Identification du patient	
Nom et Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :	
Adresse :	Téléphone :
Numéro de Sécurité Sociale :	
Caisse de Sécurité Sociale :	
Mutuelle :	
<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle	Nom du représentant légal, le cas échéant : Téléphone :

Personne de confiance	Personne à prévenir
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec le patient :	Lien avec le patient :

Mode de vie :	<input type="checkbox"/> à son domicile	Seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> En famille	<input type="checkbox"/> en établissement	Préciser :

Données médicales		
Motif de la prise en charge en HTP		
Amélioration de l'autonomie <input type="checkbox"/>	Prise en charge de la fragilité <input type="checkbox"/>	Prévention des chutes <input type="checkbox"/>
Rééducation fonctionnelle <input type="checkbox"/>	Préparation pré-opératoire <input type="checkbox"/>	PEC désadaptation psycho-motrice <input type="checkbox"/>

Antécédents médicaux :	
Antécédents chirurgicaux :	
Allergies :	
Traitement actuel ( <i>joindre ordonnance</i> )	

Pansements :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Localisation :
Oxygénothérapie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Poids .....	kg	Taille .....	cm
Statut infectieux :			
Surveillance particulière :			

Autonomie actuelle				
Comportement :	<input type="checkbox"/> adapté	<input type="checkbox"/> renfermé	<input type="checkbox"/> agité	
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"/> déambulant	<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 :	<input type="checkbox"/> seul.e	<input type="checkbox"/> aide d'un tiers	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant de façon indépendante	
Transfert :	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale	
Aides techniques :	<input type="checkbox"/> canne	<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
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 :	

Merci de joindre à ce dossier tout document médical utile à votre admission dans notre établissement.  
Lors de l'admission, merci d'amener votre carte vitale, carte nationale d'identité et votre carte de mutuelle.