**Coordonnées médecin demandeur**

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone direct :

**Coordonnées Cadre de santé**

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone direct :

**Coordonnées du patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Personne à prévenir :

Personne de confiance :

Médecin traitant :

**Renseignements médicaux :**

Motif d’hospitalisation :

ATCD/ Allergie :

Traitement médical habituel : (ordonnance complète en cours)

Bilans effectués :

Bilans prévus (rdv) :

Bilans à prévoir :

Autonomie :

* Toilette : Autonome / Aide partielle/ Aide complète
* Habillage/déshabillage : Autonome / Aide partielle/Aide complète
* Transfert : Autonome / Aide/partielle / Aide complète
* Déplacement : autonome / déambulateur / Fauteuil roulant

Appareillage :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | DATE DE POSE |
| O2 |  |  |  |
| PPC |  |  |  |
| VNI |  |  |  |
| VVP |  |  |  |
| PICLINE/MIDLINE |  |  |  |
| SNG |  |  |  |
| GASTROSTOMIE |  |  |  |
| SAD |  |  |  |

Pansements :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | DUREE SOIN | PROTOCOLE |
| ESCARRE |  |  |  |  |
| PLAIE CHIRURGICALE |  |  |  |  |
| STOMIE |  |  |  |  |
| TPN / PICCO |  |  |  |  |

**Informations particulières :**

**Délai d’admission souhaité :**