



**Médecin demandeur** : .....

**Numéro du médecin** : .....

**Motif d'admission** : .....

.....

**Date de la demande** : .....

**Date souhaitée d'hospitalisation dans le service** : .....

**Informations du patient**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

Allergies : .....

Antécédents : .....

.....

Traitement en cours : (joindre la copie de l'ordonnance)

Mode de vie à domicile :  Seul  Conjoint  Enfants

Sécurité sociale :  Oui  Non

Mutuelle :  Oui  Non

Aides à domicile en place :  IDE libéral  Entourage  HAD  Prestataires .....

Hospitalisation récente :  Oui  Non Quand ? .....

Projet après l'hospitalisation :  Retour à domicile  Convalescence

.....

.....

**Evaluation de l'autonomie (entourer la mention exacte) :**

<p><b>COMPREHENSION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Normale</li> <li>* Difficile</li> <li>* Désorientation</li> <li>* Communication impossible</li> </ul>	<p><b>PARTICIPATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autonome</li> <li>* Faible</li> <li>* Négative</li> <li>* Nulle</li> </ul>	<p><b>SOUS O<sub>2</sub></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Non</li> <li>* Continu</li> <li>* Non continu</li> <li>* Impraticable</li> </ul>	<p><b>HABILLAGE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autonome</li> <li>* Aide partielle</li> <li>* Aide totale</li> <li>* Pluriquotidienne</li> </ul>	<p><b>TOILETTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autonome</li> <li>* Avec aide</li> <li>* Complète</li> </ul>
<p><b>INCONTINENCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Aucune</li> <li>* Occasionnelle</li> <li>* Permanente</li> <li>* Totale</li> <li>* Sonde vésicale</li> </ul>	<p><b>MOTRICITE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autonome</li> <li>* Avec aide</li> <li>* Difficile</li> <li>* Nulle</li> </ul>	<p><b>ALIMENTATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autonome</li> <li>* Installer</li> <li>* Surveiller</li> <li>* Faire manger</li> <li>* Sonde de nutrition</li> </ul>	<p><b>REGIME</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diabétique</li> <li>* Sans sel</li> <li>* Spécial</li> </ul>	<p><b>APPUI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Total</li> <li>* Contact</li> <li>* Non autorisé</li> </ul>

**Cette demande est à envoyer par mail à Me DELFOSSE Cécile – responsable de service : [refinfirmiere.imperial@sedna-sante.com](mailto:refinfirmiere.imperial@sedna-sante.com)**