



**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) :**

<b>COMPREHENSION</b>	<b>PARTICIPATION</b>	<b>SOUS O<sub>2</sub></b>	<b>HABILLAGE</b>	<b>TOILETTE</b>
* Normale * Difficile * Désorientation * Communication impossible	* Autonome * Faible * Négative * Nulle	* Non * Continu * Non continu * Impraticable	* Autonome * Aide partielle * Aide totale * Pluriquotidienne	* Autonome * Avec aide * Complète
<b>INCONTINENCE</b>	<b>MOTRICITE</b>	<b>ALIMENTATION</b>	<b>REGIME</b>	<b>APPUI</b>
* Aucune * Occasionnelle * Permanente * Totale * Sonde vésicale	* Autonome * Avec aide * Difficile * Nulle	* Autonome * Installer * Surveiller * Faire manger * Sonde de nutrition	* Diabétique * Sans sel * Spécial	* Total * Contact * Non autorisé

**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)**