

DONNÉES MÉDICALES

Médicaments actuels (joindre éventuellement la liste en annexe) :

.....

Objectif de réadaptation :

- Retour au domicile de manière autonome
- Retour au domicile avec aide externe
- Transfert en institution (home, communauté d'habitation, ...)
- Renforcement de l'autonomie
- Gestion de la douleur

Justificatif pour un séjour stationnaire :

- Les soins à domicile sont impossibles
- L'intensité des thérapies n'est pas atteignable sous forme ambulatoire
- Les possibilités de thérapies ambulatoires sont épuisées

BESOINS EN SOINS (à remplir par le personnel soignant)

Equipements médicaux :

- Respiratoire Oxygène ... l/mn B/C pap Canule trachéale sans ballonnet
- Pansement et plaies
- Localisation : VAC Drainage (type et matériel) :
- Voie veineuse : PAC Picc-Line V. V. centrale V.V. Périphérique
- Alimentation parentérale : Antibiothérapie IV :

Autres :

Particularités :

- Risque suicidaire
- Organismes multirésistants (MRSA, VRE, ...)
- Isolement :
- Si oui, lesquels :

	Très restreint Problématique	Partiellement restreint	Non-restreint Non- Problématique	Non- évaluable	Remarques
Transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Moyen aux :
Mobilité (éventuellement avec moyens auxiliaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sans moyen aux. <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Cannes ou déambulateur
Toilette / habillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Haut <input type="radio"/> Bas
Continence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sonde vésicale <input type="radio"/> Stomie <input type="radio"/> Cath. Supra-pubien
Déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Texture : <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Boisson épaissie <input type="radio"/> Petits morceaux tendres <input type="radio"/> Finement haché et lubrifié <input type="radio"/> Mixée
Alimentation (repas autonome ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> PEG / Sonde naso-gastrique / jéjunale <input type="radio"/> Allergies : <input type="radio"/> Régime spécifique :
Parole / Langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Aphasie <input type="radio"/> Dysarthrie Langue maternelle :
Interaction avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Participation à la vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation / Cognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Risque de fugue <input type="radio"/> (Auto)agressivité

Remarques :

DONNÉES DE CONTACT

Médecin / Hôpital envoyeur : N° Tél. Médecin :

N° Tél. Soins :

Lieu et date : Timbre / Signature