

FICHE D'INFORMATIONS SERVICE HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Date de la demande :/...../.....
 Etablissement :
 Médecin Prescripteur :
 Service :
 Tél : Poste :
 Mail : @

IDENTITE RESIDENT : Mr ☐ Mme ☐
 NOM : PRENOM :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

 Tél :
 Personne à contacter :
 Tél / portable :

ENTRÉE souhaitée le :/...../.....

MOTIF JUSTIFIANT LA DEMANDE (Contre-indication : Altération des fonctions supérieures).

PATHOLOGIE PRINCIPALE

-
 -
 -
 -
 -
 -

PATHOLOGIES ASSOCIEES

-
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

Observations Eventuelles :

AUTONOMIE	déplacement	toilette	habillage	repas	continence
Seule					
Aide partielle					
Aide totale					

Poids : Taille : IMC :

TRAITEMENT EN COURS (ou joindre dernière ordonnance) :

-
 -
 -
 -
 -
 -
 -

DEVENIR ENVISAGE :

DECISION DE L'ETABLISSEMENT :

La Cadre de santé informera le résident ou sa famille par téléphone des suites données à cette demande.
 Un rendez-vous préalable sera organisé avant l'admission.