

DEMANDE D'ADMISSION SERVICE ETAT VEGETATIF CHRONIQUE « La Petite Volène »

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

IDENTITE PATIENT : Mr Mme
NOM : PRENOM.....
AGE : Tél :
Adresse
.....

Tutelle : OUI NON EN COURS

Nom du Tuteur : Mr / Mme : Tél. :

Adresse correspondance.....

ENTRÉE souhaitée le :/...../.....

LA DEMANDE

PATHOLOGIE PRINCIPALE

-
-
-
-
-
-

PATHOLOGIES ASSOCIEES

-
-
-
-
-
-
-
-

Observations :
.....
.....

CARACTERISTIQUES DU PATIENT

- **Trachéotomie** : OUI NON
Type de canule :
- **Oxygénothérapie** OUI NON
Rythme : Dosage : l / mn
- **Aérosol** OUI NON
Composition :
- **Kiné respiratoire** OUI NON
Rythme :
- **Gastrostomie** OUI NON
Type :
- **Jéjunostomie** OUI NON
Type :
- **Nutrition** OUI NON
Type :
Rythme :
- **Hydratation** :
- **Sonde urinaire** OUI NON
Date du dernier changement :

- **Escarre** OUI NON
 Site :
 Protocole :

- **Plaie** OUI NON
 Site :
 Protocole :

- **Rétractions** OUI NON
 Site :
- **Port attelles**..... OUI NON
 Site :
 Port Continu Port Discontinu

TRAITEMENT EN COURS :

.....
---	---

NB : la veille ou le jour de l'admission, merci de bien vouloir nous faxer le traitement et joindre le dernier bilan lors du transfert.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Le patient possède-t-il un fauteuil roulant personnel ? OUI NON
- Le patient est-il régulièrement visité ? OUI NON
- La famille du patient connaît-elle des difficultés particulières ? OUI NON
 Si OUI lesquelles :
- Le patient est-il porteur de bactéries multi résistantes (BMR) ? OUI NON
 Si oui, laquelle :
 Sur quel site :
 Date du dernier prélèvement :
- Le patient présente-t-il, actuellement, une infection ? OUI NON
 Si oui, quel germe est en cause :
 Est-il résistant : OUI NON
 Sur quel site a-t-il été identifié :
 A quelle date :
- Le patient fait-il l'objet de mesures d'hygiène particulières ? OUI NON
 Si oui, lesquelles (isolement géographique ou technique) :

- Si le patient est porteur d'une BMR ou infecté, sa famille en est informée ? .. OUI NON
- Des mesures d'hygiène applicables par la famille sont prévues OUI NON
 Si OUI, lesquelles :

DECISION DE L'ETABLISSEMENT

Date d'entrée : / /

Observation :