



Etablissement Public de Santé

CH Castelluccio BP 85 - 20 176 Ajaccio Cedex
Tél : 04 95 29 36 84
Mail : SMR_Geriatrique.UCC@ch-castelluccio.fr

Fiche de Pré-Admission SMR/UCC

Date
Demandeur : { Service :
Nom :
Tél :
Mail :

PARTIE RESERVEE au SERVICE

ACCORD : Date d'hospitalisation

REFUS : Motif :

AVIS : DR M. PUJOL

DR N. AKERMA

DR AS. PHILIPPE

DR PB. PIERI

Date prévisionnelle d'hospitalisation souhaitée : Service souhaité : ☐ SMR ☐ UCC
Chambre double : ☐ Chambre simple : ☐

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../..... Age :

Adresse :

Personne à contacter :

(Qualité + Tél)

MEDECIN TRAITANT :

SITUATION ACTUELLE

☐ Hospi service :depuis le

☐ Domicile

MODE DE VIE HABITUEL

Le patient vit :

☐ Seul à domicile ☐ En institution ☐ En famille

☐ Domicile

ELEMENTS SOCIAUX

Régime sécurité sociale : ☐ oui ☐ non

Mutuelle : ☐ oui ☐ non ALD : ☐ oui ☐ non

Mesure de protection : ☐ Aucune ☐ Curatelle

☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Demande en cours

Représentant légal :

Tél :

APA : ☐ oui ☐ non

Prestation d'aides au domicile : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser :

Aidant à domicile : ☐ oui ☐ non

PROJET DE SORTIE

Souhait Patient :

☐ Retour à Domicile

o Aide à mettre en place : ☐ oui ☐ non

☐ Hébergement en institution (*)

Souhait de la famille :

☐ Retour à Domicile ☐ Hébergement en institution (*)

(*) lieu souhaité :

Existe-t-il une demande en cours ? ☐ oui ☐ non

MOTIF D'HOSPITALISATION

DOSSIER MEDICAL

PROBLEMATIQUES ACTUELLES

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX ET ALLERGIES

TRAITEMENT (joindre l'ordonnance)

OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

- ☐ Education à la santé (diabète, nutrition,)
- ☐ Réadaptation
- ☐ PEC Immobilisation
- ☐ PEC dénutrition
- ☐ Réadaptation sociale
- ☐ Surveillance/équilibre des thérapeutiques
- ☐ Adaptation de prothèse
- ☐ Autres

PANSEMENTS : ☐ non ☐ oui => localisation.....
ESCARRES : ☐ non ☐ oui => localisation.....
DOULEUR : ☐ non ☐ oui => localisation.....

- ☐ Voie veineuse centrale
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Site implantable
- ☐ Iléostomie
- ☐ Colostomie
- ☐ Oxygénothérapie
- ☐ Sondage naso gastrique

- ☐ Dialyse
- ☐ Aspiration
- ☐ Trachéotomie
- ☐ Sonde vésicale
- ☐ Gastrostomie - jéjunostomie
- ☐ VNI

ASSISTANCES TECHNIQUES ET VENTILATOIRES

AUTONOMIE

- Hygiène corporelle :** ☐ Autonome ☐ Aide au lavabo ☐ Aide au lit ☐ Dépendance totale
- Habillage :** ☐ Autonome ☐ Aide ☐ Dépendant
- Continence : non =>** ☐ Urinaire ☐ Fécale ☐ Jour
☐ Oui ☐ Sonde ☐ Protection ☐ Nuit
- Déplacement :** ☐ Autonome ☐ Aide ☐ Déambulateur
☐ Fauteuil ☐ Grabataire
- Transfert :** ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Risque de chute
- Orientation :** ☐ Dans le temps ☐ Dans l'espace
- Repos, sommeil :** ☐ Normal ☐ Perturbé ☐ Insomnie
- Alimentation :** ☐ Mange seul ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Fausse route
- Régime :** ☐ Normal ☐ Sans sel ☐ Sans sucre
☐ Sans fibre ☐ Mixé ☐ Autre, préciser.....

CRITERES D'EXCLUSION

Les patients présentant ces caractéristiques ne relèvent pas d'une UCC et doivent être orientés vers une autre unité de soins :

*Démence non diagnostiquée

*Pathologie organique aiguë

*Etat grabataire/mobilité réduite

*Pathologie psychiatrique décompensée

*Si domicile, absence d'aidant

*Problématique sociale exclusive

ETAT PSYCHOLOGIQUE COMPORTEMENTAL

- Communication ☐ oui ☐ non
 - Compréhension ☐ oui ☐ non
 - Opposition/Agressivité ☐ oui ☐ non
 - Déambulation incohérente ☐ oui ☐ non
- ☐ NPI: ☐ MMSE:..... ☐ Autre :
- Risque de chute : ☐ oui ☐ non
- Risque de fugue ☐ oui ☐ non
- Désorientation ☐ oui ☐ non
- ☐ ADL :

Renseignements certifiés exact le :
Fonction et Signature