



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

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.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | <input type="checkbox"/> Aspiration |
| <input type="checkbox"/> Site implantable | <input type="checkbox"/> Trachéotomie |
| <input type="checkbox"/> Iléostomie | <input type="checkbox"/> Sonde vésicale |
| <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> Gastrostomie - jéjunostomie |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> VNI |
| <input type="checkbox"/> Sondage naso gastrique | |

ASSISTANCES TECHNIQUES ET VENTILATOIRES

AUTONOMIE

- | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| Hygiène corporelle : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide au lavabo | <input type="checkbox"/> Dépendance totale |
| | <input type="checkbox"/> Aide au lit | | |
| Habillage : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide | <input type="checkbox"/> Dépendant |
| Contenance : non => | <input type="checkbox"/> Urinaire | <input type="checkbox"/> Fécale | <input type="checkbox"/> Jour |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Sonde | <input type="checkbox"/> Protection | <input type="checkbox"/> Nuit |
| Déplacement : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| | <input type="checkbox"/> Fauteuil | <input type="checkbox"/> Grabataire | |
| Transfert : | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Risque de chute |
| Orientation : | <input type="checkbox"/> Dans le temps | <input type="checkbox"/> Dans l'espace | |
| Repos, sommeil : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Perturbé | <input type="checkbox"/> Insomnie |
| Alimentation : | <input type="checkbox"/> Mange seul | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Fausse route |
| Régime : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sans sel | <input type="checkbox"/> Sans sucre |
| | <input type="checkbox"/> Sans fibre | <input type="checkbox"/> Mixé | <input type="checkbox"/> 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 aigue | *Etat grabataire |
| *Pathologie psychiatrique décompensée | | *Problématique sociale exclusive |

ETAT PSYCHOLOGIQUE COMPORTEMENTAL

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| <input type="checkbox"/> Compréhension | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Risque de fugue | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Opposition/Agressivité | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Désorientation | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Déambulation incohérente | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| <input type="checkbox"/> NPI: | <input type="checkbox"/> GIR :..... | | |
| Risque de chute : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | <input type="checkbox"/> ADL : | |

Renseignements certifiés exact le :
Fonction et Signature