

**Formulaire de demande d'admission en Division B**

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS)

**(Etiquette)****Patient :**

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Domicile :

N° de patient :  
Sexe :  
Date naissance :

Date d'entrée :  
Heure :  
Date de sortie :  
Heure :

Cas :  
Service :  
Catégorie :

**Répondant :**

N° caisse :  
Nom :  
Adresse :

Diagnostic principal / Date de l'événement

Comorbidités

But du séjour		Profil de l'autonomie				
			Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de l'humeur : non  oui  Si oui, préciser :

Troubles cognitifs : non  oui  Si oui, préciser :

Projet de retour prévu : Domicile  EMS/Div. C  Autre.....

Hôpital/clinique/médecin/service envoyeur :

N° tél. / n° interne :

Personne de contact en cas de transfert :

Date : ...../...../.....

Entrée souhaitée au CTR dès le .....

Formulaire à communiquer par fax au CTR, pour décision

Timbre et signature :  
du CTR

Nom du CTR : ..... N° de fax : .....

Date : ...../...../.....

Date d'entrée en CTR .....

A communiquer par fax au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie avant l'admission (annexe 1, chiffre 11 OPAS)

Timbre et signature :  
du service du médecin-conseil

Nom de l'assureur : .....

Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : accepté  refusé 

Retour dans les 48 h, sinon accepté

En cas de refus, motivation par lettre séparée

Date : ...../...../.....

Patient (Etiquette moyenne)	Projet de sortie après CTR	
	Nom :	Domicile
Prénom :	Placement	<input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Dom. d'un proche	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>

Situation à domicile : **Vit seul(e)** oui  non       **Sort du domicile** oui  non

Aide par la famille : oui  non

CAT : oui  non       Connu(e) du OSAD de :

Personne de contact :

NOM, Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médicale

Chimiothérapie en cours (même orale) : oui  non

Radiothérapie en cours : oui  non

Dialyse : oui  non       Si oui, fréquence :  LU  MA  ME  JE  VE  SA

Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle,...) : oui  non

\_\_\_\_\_ ) Merci de joindre le protocole

Systèmes :

Infirmière

**NEURO :**  Aphasie    Agitation    Désorientation    Risque de fugue    Agressivité

**RESP. :**  O2    Trachéo    BPAP ou CPAP

**DIGESTIF :**  SNG    PEG    Colostomie    Régime spécial :

**RENAL :**  SV    Urostomie    Incontinence    Sonde sus pubienne

**LOCOMOTEUR :**  Cannes    TTB    Chaise roulante    Seul    Avec aide

Mob en charge partielle    Mob en décharge complète

Matelas dynamique à air Hill Rom

**EQUIPEMENT :** Venflon :  Dte    Gche    Gripper sur port-a-cath.    Voie veineuse centrale

Redon    Penrose

**Troubles auditifs :** oui  non       **Troubles visuels :** oui  non

Médecin de famille, traitant :

Résumé de situation (IDL)

Médicaments : feuille annexe

4519



Envoyer