

Demande d'admission directe en SSR-SMR gériatrique

1. **Date de la demande :**

2. **Identification du patient :**

NOM DE NAISSANCE :NOM MARITAL :

PRENOM :DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :COMMUNE :

NOM et COORDONNEES REFERENT FAMILIAL :

3. **Coordonnées du médecin traitant :**

NOM – Prénom :

TEL :MAIL :

4. **Situation médicale du patient :**

• **Motif de la demande d'hospitalisation :**

Date souhaitée d'entrée :

.../.../...

• **Etat clinique actuel :**

Si transfusion, contact :

HDJ gériatrique Senlis – 0344217301

HDJ médecine Creil – 0344616413 /

0344616414 / 0344616415

HDJ MCO Paul Doumer : en cours de structuration

SSR-SMR Senlis

SSR-SMR Pont Ste Maxence

• **Antécédents :**

-	-	-
-	-	-
-	-	-

• **Dépendance :**

	Cohérent ?	Orienté ?	Toilette ?	Mange ?	Déambule ?	Crie ?	Opposant aux soins ?
Oui							
Non							
Avec aide							

Aides professionnelles

Aide familiale

• **Statut cognitif :** Correct Troubles cognitifs légers Troubles cognitifs sévères

• **Dernière hospitalisation :** Date : Où :

• **Joindre le dernier bilan et son traitement actuel :**

• **Devenir envisagé à l'issue du séjour :** RAD sans aide RAD avec aides Institution Autre

• **Statut covid :**

➤ Test réalisé : PCR Antigénique Aucun Réalisé leRésultat : positif négatif

➤ Symptomatique : Oui Non, si oui depuis le

➤ Statut vaccinal covid : A jour Partiel Sans vaccination Inconnu

• **Informations supplémentaires :**