Oc Santé

CLINIQUE **LES OLIVIERS**
Soins de suite polyvalents, Réadaptation nutritionnelle,
Soins de suite pour la personne âgée polypathologique

Cabassu CS 50023
30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
Tél : 04 66 35 92 00 - Fax : 04 66 35 92 50
www.oc-sante.fr

Document d'admission du patient en secteur soins de suite polyvalents et gériatriques

A renseigner par le médecin

DOSSIER MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|

TAILLE : ..... **POIDS :** ..... **IMC :** .....

ADRESSE : .....

.....

TÉLÉPHONE(S) : .....

COORDONNÉES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE : .....

COORDONNÉES DE L'INFIRMIER(E) LIBÉRAL(E), SI CONCERNÉ : .....

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION – DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MODE DE VIE

❍ Vit seul ❍ Vit en couple ❍ Vit avec enfant(s) ❍ Autre : .....

Orientation du patient à la sortie du SSR : ❍ RAD possible et souhaité ❍ A évaluer ❍ EHPAD à préciser

Organisation à domicile :				
	Aide ménagère	❍ En place	❍ A prévoir	❍ En cours
	IDE	❍ En place	❍ A prévoir	❍ En cours
	Téléalarme	❍ En place	❍ A prévoir	❍ En cours
	Portage des repas	❍ En place	❍ A prévoir	❍ En cours

Autre : .....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

.....
.....
.....

❍ Pansements : ..... ❍ Plus de 20 min

❍ Escarre : ..... ❍ VAC : .....

Vaccin : ..... ❍ Grippe : ..... ❍ COVID : .....

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

AUTONOMIE – POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Toilette/Habillage	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Déplacement	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Alimentation	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale ❍ Entérale ❍ Parentérale Régime particulier :	

RELATION - COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	❍ Normale ❍ Appareillée ❍ Cécité	
Audition	❍ Normale ❍ Déficit ❍ Surdité	
Expression	❍ Satisfaisante ❍ Partielle ❍ Difficultés	
Compréhension	❍ Satisfaisante ❍ Partielle ❍ Difficultés	
Comportement	❍ Calme ❍ Angoissé ❍ Agité ❍ Déambulation ❍ Risque de fugue	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE - ADAPTABILITÉ

La prise en charge à la clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient instable sur le plan psychiatrique

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Troubles cognitifs	❍ Oui ❍ Non ❍ mms : /30	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	❍ Oui ❍ Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	❍ Oui ❍ Non	Si oui, précisez :

TRAITEMENTS EN COURS

Liste complète des traitements en cours : .....

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

❍ Ordonnance en cours

❍ Bilan biologique < 1 mois (HbA1C < 3 mois si diabétique)

❍ Compte rendu d'hospitalisation, le cas échéant

Date .....

Signature
du médecin

Téléphone: .....

Cachet
du médecin

Pour obtenir des renseignements :

- Médecin : 04 66 35 75 16
  04 66 35 75 23
- DSI : 04 66 35 75 08

Pour nous retourner la demande d'admission

- Par courrier : Clinique Les Oliviers - CS 50023 – 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
- Par messagerie sécurisée : secretariat.medical@cl-les-oliviers.mssante.fr