

A l'attention du médecin coordinateur

DOSSIER MEDICAL

A transmettre par mail : a-coquelin@emergence-s.fr

Document CONFIDENTIEL

Date de la demande :

Médecin orienteur :

Renseignements Administratifs

Nom :

Sexe : Masculin Féminin

Prénom :

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

Le patient a-t-il séjourné en milieu hospitalier au cours des 6 derniers mois ? oui non

Etablissement	Service	Motif du séjour	Durée

Référents médicaux

Etablissement	Référent	Coordonnées téléphoniques

Pathologie principale motivant la demande :

Pathologie autres/antécédents/Allergies :

Si ALD : Nature de la pathologie ALD :

Description clinique actuelle :

Conduites addictives :

Tabac Alcool Cannabis Opiacés Autres :

Compléments d'informations :

Traitements et prise en charge thérapeutique

Nature et durée du traitement en cours :

Nom du médicament	Posologie	Durée de prescription	Observation

Prescriptions paramédicales (kiné, orthoptie...)

Nature	Durée	Fréquence	Observations

Consultations aux examens prévus :

Lieu de la consultation/examen	Date	Horaires	Nom du médecin ou type d'examen

Observance traitement
 Distribution traitements
 Surveillance état
 Pansement
 Education à la santé

Autre Si autres, précisez :

Régime alimentaire : oui non

Si oui, précisez de quel nature du régime et fournir une ordonnance :

Diabète
 Sans sel strict
 Sans sel large
 Hypocalorique
 Autre

.....

Bilan d'autonomie*

1. MARCHER	Se déplacer à l'intérieur	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	2. ENTRETIEN Personnel	Faire sa toilette	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Se déplacer à l'extérieur	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		S'habiller, se déshabiller	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Monter/descendre un escalier	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Manger des aliments préparés	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Préhension main dominante	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Faire ses courses se préparer ses repas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Préhension main non dominante	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Assumer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
3. COGNITION et FONCTION SENSORIELLES	Se repérer dans temps	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	4. TRANSFERTS	Se lever	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	S'orienter dans l'espace	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Se coucher	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Vision	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		S'asseoir	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Audition	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
	Communication	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			

Appareillage :

Canne Déambulateur Fauteuil roulant Sonde Appareil respiratoire Autres

Commentaires sur l'évaluation de l'autonomie si nécessaire :

.....

.....

.....

*** Légende :** **1** pas de difficulté **2** Difficulté modérée (précisez si aide humaine partielle) **3** Difficulté très importante (précisez si aide humaine totale).

Durée du séjour pressenti sur l'établissement des Lits Halte Soins Santé

(Séjour ne pouvant excéder 2 mois) :

.....

.....

Nom et signature du praticien :

(Aux vues des éléments constatés par le présent dossier)

Avis favorable (*Durée envisagée*) :

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

Avis défavorable (*Motifs*) :

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

Ajournement : (*Informations complémentaires souhaitées*) :

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

Commentaires : (*Positionnement sur liste d'attente, date d'entrée prévisible, etc...*) :

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

Date :

NOM et Signature :