

SERVICE DEMANDEUR

SERVICE(S) DESTINATAIRE(S)

Service :
 Tél. :
 Fax :
 Médecin référent :
 Signature :
 Infirmière référente :
 Signature :
 Assistante sociale :
 Tél. et Signature :

.....

 Date de la demande :
 Date d'admission du patient dans
 le service demandeur :
 Date espérée de la prise
 en charge en SSR :

Identification du patient
 Etiquette du patient avec adresse

Personne de confiance et/ou référent familial :
 Adresse : Tél. :
 Médecin traitant : Tél. :
 Adresse :

Renseignements administratifs (voir feuille individuelle ci-jointe) :

Diagnostic(s) :

Antécédents + Allergies :

Traitement médicamenteux au moment de la demande (cf document ci-joint)

Objectifs de prise en charge en SSR :

Convalescence Réadaptation/rééducation Soulagement familial Sevrage
 Soins palliatifs Bilan médical à compléter Motif social

Mode de vie antérieur du patient : Oui Non Avec enfant Oui Non
 Vit seul(e)
 Avec conjoint Autres :

Éléments sociaux et aides déjà en place :

Démarches en cours :

Dossiers EHPAD APA
 Date :
 Lieu : Autres :

Devenir envisagé à la sortie du SSR : RAD Famille d'accueil EHPAD

