

Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour - clinique de positionnement

| | |
|-------------------|--|
| DOSSIER A ENVOYER | Par courrier : La Menaudière - Service des admissions BP 30009 2, allée de La Menaudière 41401 MONTRICHARD CEDEX |
| | Par Fax 02.54.71.19.22 |

| |
|--|
| NOS COORDONNEES |
| ▶ Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23 |

Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle complémentaire
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité

| |
|---|
| VOS COORDONNEES : Etablissement demandeur ou médecin traitant : |
| Service demandeur : ☎ Fax : |
| Adresse : |
| Mail.....@..... |

| | |
|---|---|
| PATIENT | |
| Nom..... | Prénom..... |
| Nom de jeune fille | Profession |
| Date de naissance..... | Age..... |
| Situation familiale | |
| Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Habitat de plain-pied : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Chambre à l'étage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Adresse..... | |
| ☎ | |
| N° sécurité sociale : | Caisse sécurité sociale : |
| Mutuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Caisse Mutuelle : |
| Protection juridique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice | <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle |

| |
|---|
| Personne à prévenir - Nom et prénom ☎ |
| Adresse : |
| Lien avec le patient : |

| |
|---------------------------------|
| SEJOUR DEMANDE |
| Date d'entrée souhaitée : |

ATTENTION : Pour *une continuité des soins optimale*, merci de remplir cette fiche de façon *exhaustive*.
Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit
Prévenir le service en cas d'abandon de la demande

Nom/Prénom du patient :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

Si intervention, date :

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux :

Objectif du séjour :

Pronostic :

Soins palliatifs Oui Non

Possibilités de récupération Oui Non

AUTONOMIE

Toilette

- Seul
 Aide partielle
 Complète

Alimentation

- Seul
 Avec aide
 Anorexie

 Fausse routes
 Sonde gastrique
 Haché/mixé

Elimination

- Contenance urinaire
 Oui Non
 Sonde urinaire

Contenance fécale
 Oui Non
 Stomie

Mobilisation

- Se lève seul
 Aide aux transferts
 Aide totale
 Aide matérielle
lesquelles :
 Sans appui :

Etat Cutané

- Escarres
Localisation
.....
 Ulcères
Localisation
.....

Infection

- Oui Non
Localisation
.....

Communication

- Aphasie
 Propos incohérents
 Surdité
 Malvoyance
 Cécité

Comportement

- Désorientation temporo spatiale
 Agitation
 Agressivité
 Risque de fugue

TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Oxygène Oui Non

Kiné locomotrice

Orthophonie

REGIME :

Poids

Taille.....

IMC.....

SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : nature : temps :

Stomie Trachéotomie Aspiration

Autres :

Date de la demande : __ / __ / ____

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

A L'EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

ETIQUETTE PATIENT

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.

La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.

Je soussigné(e), NOM..... PRENOM.....

→ Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent Un proche Mon médecin traitant Autre....

J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

→ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à..... Le.....

Signature du patient

Questionnaire pour l'admission en clinique de positionnement

Vous pouvez vous faire aider par un membre de votre famille ou par le médecin traitant

Date :

Nom- Prénom :

Taille :

Poids :

Pathologie :

Antécédents : (joindre les dernières ordonnances et compte rendu des médecins)

Hospitalisations antérieures : (joindre les comptes rendu des hospitalisations antérieures)

Atteintes fonctionnelles : Main : D G

Vue : œil D œil G

Membre inférieur : D G

Membre supérieur : D G

Autonomie :

Déplacement : Fauteuil roulant manuel ou électrique Déambulateur Cannes anglaises
Besoin d'être accompagné ou poussé

Transfert assis ou coucher : seul aide humaine planche de transfert lève personne

Repos : besoin de sieste Matelas prévention d'escarre mousse ou air

Elimination : aide pour transfert W.C déshabillage/habillage s'essuyer

Repas : besoin de surveillance (trouble de déglutition) ou de faire manger ; aliments coupés

Aides humaines au domicile : non oui

Pour quelles activités : toilette habillage ménage sorties

Soins infirmiers :

Pansement d'escarre : non oui localisation :

Prise de médicaments : non oui besoin d'aide humaine

Nécessité d'une présence, surveillance dans la journée : non oui

Questionnaire pour l'admission en clinique de positionnement

Le fauteuil :

Possédez-vous un fauteuil roulant manuel (FRM) : non oui ou électrique (FRE) : non oui

Nom du fauteuil : Date d'acquisition :

Lieu de déplacement en FRM ou FRE : maison jardin chemin de campagne ville

Avez-vous déjà essayé des fauteuils ? non oui Nom et adresse de votre distributeur de matériels :

Etes-vous suivi par un ergothérapeute ? non oui Nom et adresse :

Avez-vous un dossier MDPH ? non oui

Le positionnement :

Avez-vous des aides techniques à la posture ? non oui

Coussin mousse Coussin air Coussin sur mesure

Appui tête dossier avec cales tronc repose jambe coque

Nous souhaitons que vous soyez accompagné par un membre de votre famille ou un professionnel de votre entourage.

La personne accompagnatrice pourra prendre son repas avec vous. (Prix du repas : 14 euros).

Comment faire la demande ?

Via le médecin traitant qui doit demander une admission en hôpital de jour. Avant d'être admis, l'équipe pluridisciplinaire étudie la demande, contacte le patient si besoin pour s'assurer de pouvoir répondre à la demande.

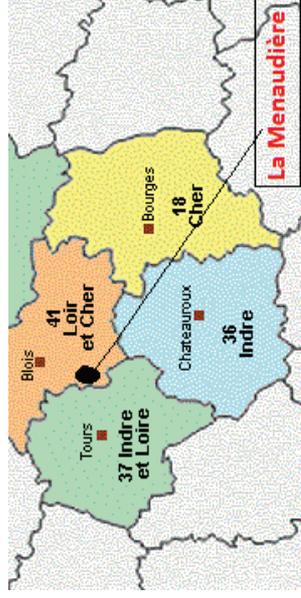
Et les papiers ?

Le patient repartira avec les prescriptions des aides techniques, les fiches de liaisons, les fiches de mesure et l'adaptation pour fauteuil roulant électrique.

Admissions

Pour tout renseignement veuillez contacter le service des admissions au : 02 54 71 19 23
Un dossier d'admission est à télécharger sur le site : www.mgen.fr/etablisements/centres-de-soins-de-suite-et-de-readaptation/montrichard-41/

nous situer



Situé sur la RD 115 entre Montrichard (41) et Amboise (37) en Région Centre Val de Loire.

Partenariat



<http://www.positif-mobilite.fr/>

Conception & Réalisation : ATRT Paris - 01 53 94 20 20 - Mai 2018

Clinique de positionnement et de la mobilité.



La solution pour bien choisir votre
fauteuil et avoir une personnalisation
de votre installation



GRUPE **vyv**

Établissement SSR La Menaudière - Groupe MGEN
2 allée de La Menaudière B.P. 30009
Chissay-en-Touraine
41 401 Montrichard Cedex

mgen

GRUPE **vyv**

Le déroulement de la journée

La clinique de positionnement et de la mobilité ou CPM est destinée à toutes personnes à mobilité réduite utilisant un fauteuil roulant manuel ou électrique et/ou présentant des troubles de positionnement.

C'est une prise en charge pendant une journée en hôpital de jour par une équipe pluridisciplinaire : un médecin de médecine physique et de réadaptation, un ergothérapeute, une infirmière.



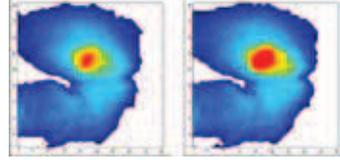
Il est souhaitable d'être accompagné d'un proche.

Le Positionnement

Le but du positionnement est de favoriser l'installation au fauteuil roulant en diminuant l'inconfort, les douleurs et les escarres. Il permet ainsi d'optimiser les activités du quotidien en fauteuil roulant.

Nous proposons :

- Un choix de coussins et de dossiers adaptés au fauteuil roulant.



- une visualisation des points d'appui sur une nappe de pression.



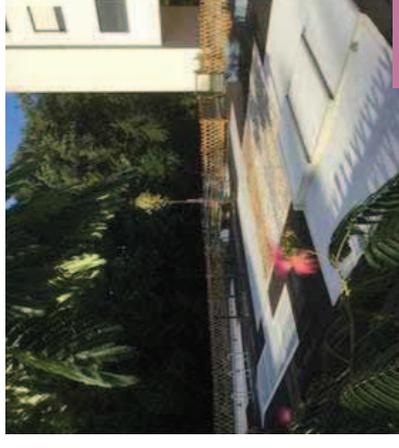
- une analyse de la position assise avec un simulateur de positionnement.

La Mobilité

Le but est de permettre de choisir le fauteuil roulant le plus adapté aux capacités, aux besoins et à l'environnement du patient.

Nous proposons :

- l'essai de différents fauteuils roulants manuels ou électriques
- l'évaluation des capacités en fauteuil roulant (ainsi que pour les tierces personnes) avec la proposition d'un entraînement si nécessaire.
- l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat d'un fauteuil ainsi qu'une adéquation pour les fauteuils roulants électriques.



Nous possédons un espace privilégié d'obstacles de 300 m² pour les essais et l'entraînement en fauteuil roulant.

