

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

FORMULAIRE MEDICAL DE PREADMISSION

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

- Continence urinaire
☐ Oui ☐ Non
☐ Sonde urinaire

Continence 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

Kiné locomotrice

Orthophonie

Oxygène ☐ Oui ☐ Non

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

FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE

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 ☐

Membre inférieur : D ☐ G ☐

Vue : œil D ☐ œil 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.

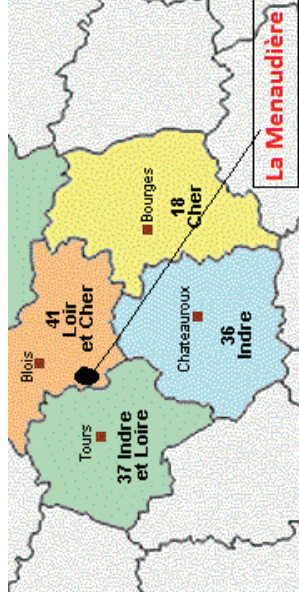
Et les papiers ?

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/etablissements/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/>



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

Clinique de positionnement et de la mobilité.



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

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.



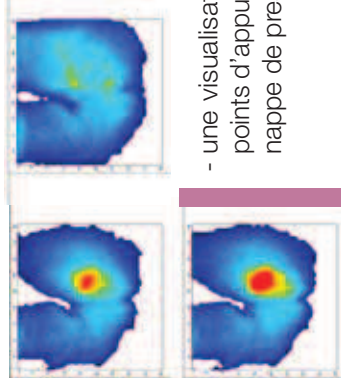
Il est souhaitable d'être accompagné d'un proche.

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.

