

Médecin demandeur :
 Numéro du médecin :
 Motif d'admission :

 Date de la demande :
 Date souhaitée d'hospitalisation dans le service :

Informations du patient

Nom : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :
 Sexe : Féminin Masculin Poids : Taille :
 Allergies :
 Antécédents :

Traitements en cours : *(joindre la copie de l'ordonnance)*

Mode de vie à domicile : Seul(e) Conjoint Enfant(s)
 Sécurité sociale : Oui Non Mutuelle : Oui Non
 Aides à domicile en place : IDE libéral Entourage HAD Prestataires :
 Hospitalisation récente : Oui Non Quand :
 Projet après hospitalisation : Retour à domicile Convalescence

Evaluation de l'autonomie (cochez la mention exacte) :

Compréhension

- Normale
- Difficile
- Désorientation
- Communication impossible

Participation

- Autonome
- Faible
- Négative
- Nulle

Sous O₂

- Non
- Continu
- Non continu
- Impraticable

Habillage

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale
- Pluriquotidienne

Toilette

- Autonome
- Avec aide
- Complète

Incontinence

- Aucune
- Occasionnelle
- Permanente
- Totale
- Sonde vésicale

Motricité

- Autonome
- Avec aide
- Difficile
- Nulle

Alimentation

- Autonome
- Installer
- Surveiller
- Faire manger
- Sonde de nutrition

Régime

- Diabétique
- Sans sel
- Spécial

Appui

- Total
- Contact
- Non autorisé

Cette demande est à envoyer par mail au secrétariat du service : sec.medecine.oxford@sedna-sante.com