fondation bon sauveur d'albi

DEMANDE D'ADMISSION
CENTRE DE PSYCHOGERIATRIE GERMAIN CASSAN

*(A retourner par fax au **05-63-48-51-79** ou par mail à psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr)*

Joindre impérativement les traitements en cours ainsi que les comptes-rendus pertinents (IRM, TDM, CR Neurologique...)

Date de la demande : .....

Demandeur :
(Coordonnées, Téléphones + Tampon du médecin)

Identité du patient :

Nom : .....Prénom :.....

Date et lieu de naissance : ..... à .....

Adresse : .....

.....

Médecin traitant : .....

Conditions de vie antérieure à l'hospitalisation :

Domicile : ☐ ⇨ Seul : ☐ Avec conjoint : ☐ Avec famille : ☐

EHPAD : ☐ *Pour le patient étant en EHPAD, merci de faxer avec ce document, le dossier médical.*

Personnes ressources : *(nom, prénom, lien de parenté et coordonnées)*

.....

.....

Aides à domicile :

IDE : ☐ Aide-ménagère : ☐ Télé-assistance : ☐

KINE : ☐ Portage des repas : ☐ APA : ☐

Principaux traitements :

Joindre dernière ordonnance et derniers examens (Compte-rendu, bilans sanguins, TDM, IRM etc.)

Contexte et éléments cliniques motivant la demande :

.....

.....

.....

Devenir à l'issue du séjour :

Retour à domicile ☐ Majoration des aides ☐

EHPAD ☐ (Demande en cours : oui ☐ non ☐)

23, rue Lavazière-81025 ALBI cedex 9- Tél. 05 63 48 48 63 –Fax.05 63 48 51 79- www-psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr

NOM : ..... *Prénom : .....*

Symptômes psycho-comportementaux :

Idées délirantes	☐	Anxiété	☐	Comportements aberrants	☐
Hallucinations	☐	Dépression	☐	Troubles du sommeil	☐
Agitation, cris	☐	Apathie	☐	Troubles de l'appétit	☐
Agressivité	☐	Désinhibition	☐	Fugues	☐

Pansements ou soins cutanés :

Soins d'ulcère : oui : ☐ non : ☐

Soins d'escarres : oui : ☐ non : ☐

Localisation : .....

Durée du soin : .....

Autonomie :

***(A** : fait seul – **B** : a besoin d'aide partielle – **C** : dépendant)*

		A	B	C
Transfert	A l'intérieur			
Déplacements	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

Appareillages nécessaires :

Fauteuil roulant :	oui : ☐	non : ☐
Lit médicalisé :	oui : ☐	non : ☐
Matelas anti-escarres :	oui : ☐	non : ☐
Déambulateur :	oui : ☐	non : ☐
Orthèse :	oui : ☐	non : ☐
Prothèse :	oui : ☐	non : ☐
Pace-maker :	oui : ☐	non : ☐

Autres (préciser) : .....

23, rue Lavazière-81025 ALBI cedex 9- Tél. 05 63 48 48 63 –Fax.05 63 48 51 79- www-psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr