



# FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION

CMPR L'ADAPT ST ANDRE  
Le buisson Fallu  
27220 SAINT ANDRE DE L'EURE  
Secrétariat médical  
Tél 02.32.32.89.15/ Fax 02.32.37.82.44

Le patient est-il informé de la demande ?  OUI  NON La famille est-elle informée de la demande ?  OUI  NON  
Nom et commune du médecin traitant :

**Date de la demande :**  
**NOM :** **Prénom :**  
 Date de naissance :  
 Commune de résidence et code postal :

**Etablissement demandeur :**  
 Service : Téléphone :  
 Date d'entrée : Date d'intervention :  
 Date de transfert souhaitable :

**Renseignements cliniques** **Nom du médecin :**  
 MOTIF DU TRANSFERT :  
  
 PATHOLOGIE PRINCIPALE :  
  
 PATHOLOGIES ASSOCIEES :  
  
 PROJET DE SORTIE : retour à domicile  OUI  NON autre :  
 TRAITEMENT EN COURS :

Dépendance	AUTONOME	AIDE PARTIELLE	DEPENDANT
TOILETTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENCE URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENCE ANALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT	<input type="checkbox"/> Adapté	<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Désorienté

**Charge en soins** **Nom du cadre de santé :**  
 PANSEMENTS   
 ESCARRES  STADE : ..... LOCALISATION : .....  
 OBESITE   
 ISOLEMENT  par BMR  T. COMPORTEMENT  AUTRE .....  
 SONDE URINAIRE  SONDE GASTRIQUE  COLOSTOMIE  GASTROSTOMIE   
 OXYGENE  TRACHEOTOMIE  APPAREILLAGE RESPIRATOIRE   
 AUTRES SOINS INFIRMIERS :  
  
 KINESITHERAPIE  ERGOTHERAPIE  ORTHOPHONIE  SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

**Renseignements socio-familiaux** **Nom de l'assistante sociale :**  
 Vit à domicile  seul  sans aide  avec aide  entourage présent  Vit en institution   
 Démarches sociales engagées :  
  
 CMU OUI  NON   
 MUTUELLE OUI  NON  Coordonnées :  
 N°SS : Centre de paiement :  
 ALD CONNUE(S) : Demande ALD faite  OUI  NON  AT  OUI  NON

**Demandes particulières**

**Orientation proposée par le destinataire**  
 ADMISSION  OUI  NON  AUTRE ORIENTATION :  
 Date : Signature :