

Date de la demande :

Date souhaitée de l'admission :

Nom du médecin demandeur :

Patient :

Nom : Prénom :

Né le : / /

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Adresse :

CP et ville :

Situation familiale :

☐ Marié

☐ Célibataire

Situation professionnelle :

Arrêt de travail depuis le :

Accident du travail le :

Situation sociale :

Aide à domicile : OUI ☐ NON ☐

Si OUI : Nombre d'heures

Prestations sociales :

APA (Allocation personnalisée d'autonomie) : OUI ☐ NON ☐

AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) : OUI ☐ NON ☐

PCH (Prestation de Compensation du Handicap) : OUI ☐ NON ☐

Logement :

☐ Appartement

☐ Maison individuelle

☐ Résidence (EHPAD, USLD, ...) :

Escaliers : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, nombre de marche

Rampe : OUI ☐ NON ☐

Ascenseur : OUI ☐ NON ☐

Antécédents :

Médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Allergies :

.....

.....

.....

Traitement (joindre la liste des traitements à jour) :

.....

.....

.....

Histoire actuelle justifiant la demande en HTP SMR :

.....

.....

.....

.....

.....

Vision : Normale ☐ Diminuée ☐ Appareillée ☐

Audition : Normale ☐ Diminuée ☐ Appareillée ☐

Appareillage (stomie, prothèse, orthèse) :

Parcours de soins demandé :

Perte d'autonomie :

Chutes à répétition ☐

Maladies chroniques ☐ A préciser :

Hospitalisation ou alitement prolongé ☐

Isolement social ☐

Rééducation locomotrice :

☐ Pré PTG

☐ Post PTG

☐ Post PTH

Opération prévue le :

BO le :

BO le :

Rééducation neurologique :☐ AVC phase chronique date de l'AVC :**Evaluation du niveau de dépendance :****Dépendance physique :****HABILLAGE :** S'habiller, se déshabiller, se présenter

Haut

A ☐ B ☐ C ☐

Moyen

A ☐ B ☐ C ☐

Bas

A ☐ B ☐ C ☐**TOILETTE :** Concerne l'hygiène corporelle

Haut

A ☐ B ☐ C ☐

Bas

A ☐ B ☐ C ☐**DEPLACEMENT ET LOCOMOTION :**

Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)

A ☐ B ☐ C ☐

Déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)

A ☐ B ☐ C ☐

Déplacement à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport)

A ☐ B ☐ C ☐**ALIMENTATION :** Manger les aliments préparés

Se servir

A ☐ B ☐ C ☐

Manger

A ☐ B ☐ C ☐**CONTINENCE ET HYGIENE DE L'ELIMINATION :** Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

Urinaire

A ☐ B ☐ C ☐

Fécale

A ☐ B ☐ C ☐**Dépendance cognitive :**

Comportement (Capacité à se comporter de façon sensée)

A ☐ B ☐ C ☐

Communication (Comprendre et s'exprimer, et utiliser les moyens de communication)

A ☐ B ☐ C ☐

A : Fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

Document à nous retourner, accompagné des éléments médicaux, **exclusivement** par voie électronique à l'adresse suivante :hdj-smr-ghisonaccia@ch-bastia.fr