

PRESCRIPTEUR

DATE DE LA DEMANDE : / /

Médecin prescripteur		Téléphone	
Etablissement		Fax	
Service		Mail	

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse			
Code postal		Ville	
Téléphone		ALD	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sécurité sociale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N° Sécurité sociale	
Mutuelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N° Mutuelle	
Médecin traitant		Référent familial	
Situation sociale	Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/>	Situation de vie	Seule <input type="checkbox"/> Aidant <input type="checkbox"/>

PRISE EN SOINS

SSR	Polyvalent <input type="checkbox"/> Métaboliques <input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/>
	ETP diabète <input type="checkbox"/> ETP obésité <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/>
	Dr Baudouin <input type="checkbox"/> Dr Donutil <input type="checkbox"/> Dr Jaziri S. <input type="checkbox"/> Dr. Jaziri C. <input type="checkbox"/>
PSYCHIATRIE	Dr Ursule <input type="checkbox"/> Dr Sejour <input type="checkbox"/>
Motif d'hospitalisation	
Diagnostics associés	
Traitement en cours (Posologie, allergie...)	

SITUATION ET BESOINS DU PATIENT

AUTONOMIE			
Evaluation	Autonome <input type="checkbox"/>	Dépendance partielle <input type="checkbox"/>	Dépendance totale <input type="checkbox"/>
Déplacement	Aide part. <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Canne / Déambul. <input type="checkbox"/> Orthèses <input type="checkbox"/>
Altération cognitive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Conscience	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Risque de fugue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

NUTRITION			
Alimentation	Normale <input type="checkbox"/>	Entérale <input type="checkbox"/>	Parentérale <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/>
Texture	Normale <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>	Lisse <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	Diabétique <input type="checkbox"/>	Peu salé <input type="checkbox"/>	Goutte <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/>
Convenance religieuse			
Allergies alimentaires			

DISPOSITIFS MEDICAUX			
Equipements	Ridelles <input type="checkbox"/>	Lève malade <input type="checkbox"/>	Matelas à air <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/>
Autres dispositifs			

AUTRES			
BMR	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Etat cutané	Escarres <input type="checkbox"/>	Ulcères <input type="checkbox"/>	Plaie Chir. <input type="checkbox"/>

Nom, signature et tampon du prescripteur

Cadre réservé à NEV - Réponse