



CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 87 00 - Email : secmed.he@asfa.re

Fax : Secrétariat médical hospitalisation complète : 0262 90 87 79 - Secrétariat médical hospitalisation de jour : 0262 90 87 10

DEMANDE D'ADMISSION en SSR Pédiatrique

Date de la demande :...../...../.....

ETABLISSEMENT DEMANDEUR :

SERVICE :

MEDECIN : Tél. : Fax :

CADRE INFIRMIER : Tél. : Fax :

ASSISTANTE SOCIALE : Tél. : Fax :

ETAT CIVIL :

Nom : Prénoms :

Date de naissance :...../...../..... Nationalité :

Adresse :

.....

Etiquette si patient hospitalisé

COORDONNEES DES REFERENT(S) :

Représentant légal :

Père Mère Autre (Préciser):.....

Nom : Prénoms : Tél :

Vit au domicile des parents : Oui Non (Préciser):

Médecin traitant :

Nom : Prénoms : Tél :

Adresse :

Autres professionnels (assistante sociale, kiné, infirmière libérale...) :

PRISE EN CHARGE SOCIALE:

Qualité du bénéficiaire : Assuré(e) Ayant droit Enfant

Organisme de S.S. : N°d'assuré :

Adresse :

Mutuelle : Oui Non

Organisme : N° :

Adresse :

Prise en charge complémentaire : ALD CMU KC > 50 Dossier MDPH

Logement accessible A la Réunion OUI NON

SITUATION SCOLAIRE :

Etablissement fréquenté et classe :

Prise en charge dans le cadre d'un établissement médico-social :

CAMSP SESSAD IME Autre (Précisez) :

Suivi psychologique (Précisez) :

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE

- Soins de Suite Pédiatriques (diabétologie, neurologie, muco,...)
- Rééducation Fonctionnelle infantile
- Unité d'Obésité Infantile

MODE D'HOSPITALISATION SOUHAITE :

- Hospitalisation Complète
- Hospitalisation De Jour

Admission souhaitée le : /..... /.....

Durée prévisionnelle de séjour :

FICHE MEDICALE

ELEMENTS MEDICAUX JUSTIFIANT LA DEMANDE – (SI INTERVENTION CHIRURGICALE MERCI DE PRECISER LA DATE) :

.....
.....
.....

ANTECEDENTS :

.....
.....
.....

FACTEURS DE RISQUES :

- BMR ; préciser la date de la dernière évaluation :...../..... /.....

Sphincters :

Urinaire : Incontinence Sonde à demeure Sondages intermittents Cathéter sus-pubien

Anal : Incontinence Stomie

Lésion cutanée :

Nature : Localisation :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE : Donner une indication sur l'autonomie globale de l'enfant

0 = autonome à 5 = dépendant

0	1	2	3	4	5

TRAITEMENT EN COURS : (si antibiothérapie préciser la durée, joindre la prescription le cas échéant)

.....
.....

ALIMENTATION

- Per os Entérale Parentérale Mixte

PANSEMENTS (type, surveillance...) :

.....

Surveillance (biologie, radiologie...)

- Dialyse Chimiothérapie VVP SNG
- Voie veineuse centrale Type (protocole à fournir) :
- Gastrostomie : réf. du bouton : Autre stomie
- Trachéotomie : réf. canule : avec Ventilation Sans Ventilation
- VNI

Matériel nécessaire (matelas anti-escarres, pousse-seringue, aérosol, appareillage...) :

.....

PRISES EN CHARGE SOUHAITEES

- Kinésithérapie respiratoire Kinésithérapie motrice Ergothérapie Orthophonie
- Psychologie Diététique Neuropsychologie Orthoptie Psychomotricité

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....