

Patient (Nom, Prénom, DDN) ou étiquette

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

Date de demande :

Adresse domicile :

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

Date d'admission souhaitée :

Immédiate Date précise :

Motif d'admission initiale :

Date d'admission initiale :

Interventions subies récemment : non oui

Si oui, lesquelles (+ date) : ...

Allergies connues : oui non

Si oui, lesquelles :

Autonomie marche : oui non

Poids :

Isolement médical : oui non

Référent familial :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Personne de confiance :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Chambre seule souhaitée : oui non (Supplément 69€/jour)

Motif(s) d'orientation en UMCG :

Chutes, trouble de la marche

Anémie

Perte d'autonomie rapide

Trouble cognitif avec ou sans DTS

Iatrogénie / Réajustement thérapeutique

Décompensation sociale, deuil etc.

Préadmission en acte chirurgicale (RAC)

Dénutrition

Déshydratation / Trouble métabolique

Problème de maintien à domicile

Décompensation maladie neuro. (AVC ou neurodégénérative)

Décompensation cardio-respiratoire

Accompagnement de fin de vie

Autres :

Actes médicaux, chirurgicaux :

Traitement en cours :