Cochez un choix	Logo	Établissement	Mail / fax	Téléphone
		HAD Guyane	secretariat.cayenne@rainbow-sante.com cay (5)28.45.40 kourou (5)32.30.80 SLM (5)27.94.76	(5)28.62.18
		HAD Saint Paul	sechad2@guyanesante.org (5)39.03.46	(5)39.03.45/ (5)39.03.49
		SSR Pédiatrique	lescoulicous@rainbow-sante.com (5)38.16.93	(6)49.89.06/ (5)28 21 13
		SSR gériatrique	admission1@guyanesante.org (5)10.81.81	(5)39.02.00
		SSR polyvalent/ neuro/ orthopédique	secmed2@guyanesante.org/ secretariatmed3@guyanesante.org (5)10.27.87	(5)39.03.26
		SSR CHC	(5)39 52 15	(5)39 52 15

FICHE DE PRE ADMISSION COMMUNE HAD/SSR EN GUYANE

IDENTITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE	PROVENANCE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE
NOM et Prénom : étiquette Date de Naissance : Adresse des visites (pour l'HAD) :…… Tél : …… N° SS / CMU : …… ALD : ☐ Oui ☐Non Mutuelle : ……	Hôpital :…… Service :…… Clinique : …… Service :…… Domicile : ……

PERSONNE A JOINDRE (parents pour les mineurs) :

NOM et Prénom :……
Lien de parenté :……
Tél : ……

PERSONNE DE CONFIANCE :

NOM et Prénom :……
Lien avec le patient :……
Tél : ……

MEDECIN QUI FAIT LA DEMANDE :	Renseignements sur le médecin traitant :
NOM et Prénom :……	NOM et Prénom :……
Tél : ……Fax :……	Tél : ……Fax :……
☐ Médecin traitant ☐ Médecin hospitalier	Prévenu : ☐ Oui ☐ Non Accord : ☐ Oui ☐ Non

ASSISTANT(E) SOCIAL(E) SUIVANT LE DOSSIER :

NOM et Prénom :……
Tél : ……Fax :……

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX☐
ou COMPTE RENDU ET
ORDONNANCE PROVISOIRES☐

DIAGNOSTIC MEDICAL : ……

Cochez un choix	Logo	Établissement	Mail / fax	Téléphone
		HAD Guyane	secretariat.cayenne@rainbow-sante.com cay (5)28.45.40 kourou (5)32.30.80 SLM (5)27.94.76	(5)28.62.18
		HAD Saint Paul	sechad2@guyanesante.org (5)39.03.46	(5)39.03.45/ (5)39.03.49
		SSR Pédiatrique	lescoulicous@rainbow-sante.com (5)38.16.93	(6)49.89.06/ (5)28 21 13
		SSR gériatrique	admission1@guyanesante.org (5)10.81.81	(5)39.02.00
		SSR polyvalent/ neuro/ orthopédique	secmed2@guyanesante.org/ secretariatmed3@guyanesante.org (5)10.27.87	(5)39.03.26
		SSR CHC	(5)39 52 15	(5)39 52 15

MOTIF DE LA DEMANDE - PROJET DE SOINS PERSONNALISE:	ANTECEDENTS :
…… …… …… …… …… …… ……	…… …… …… …… …… ALLERGIES : ☐ Oui ☐ Non ……

Sexe : ……
Poids : ……
Taille : ……..
IMC :……

TRAITEMENTS	Ordonnances jointes : ☐ Oui ☐ Non
Per os : …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	Injectables : …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

POUR LES DEMANDES PÉDIATRIQUES :
Sexe : ……. PC : ……. Taille : ……. Poids de naissance : ……. Poids de sortie :……..
Terme de naissance : ……. de sortie……. Geste à la naissance : ……
Dispositifs médicaux sociaux existants : CAMSP ☐ SESSAD ☐ IME ☐ IEM ☐ CMP ☐ Autre……
Pour le SSR, demande de prise en charge neuromotrice ☐ et/ou nutritionnelle ☐

SITUATION SOCIO FAMILIALE :

Profession : salarié ☐ invalide ☐ retraité ☐ sans profession ☐
Situation familiale : vie maritale ☐ pacsé ☐ marié ☐ veuf ☐ séparé ☐ divorcé ☐
Nombre d'enfants……...

Mesure de protection juridique: oui ☐ non ☐ en cours ☐

Si oui, laquelle ? Tutelle ☐ curatelle ☐ sauvegarde de justice ☐ mandat de protection en cours ☐

Directives anticipées ? Oui☐ non☐

APA ? Oui ☐ non☐

Si oui quel est votre GIR ?……..

Cochez un choix	Logo	Établissement	Mail / fax	Téléphone
		HAD Guyane	secretariat.cayenne@rainbow-sante.com cay (5)28.45.40 kourou (5)32.30.80 SLM (5)27.94.76	(5)28.62.18
		HAD Saint Paul	sechad2@guyanesante.org (5)39.03.46	(5)39.03.45/ (5)39.03.49
		SSR Pédiatrique	lescoulicous@rainbow-sante.com (5)38.16.93	(6)49.89.06/ (5)28 21 13
		SSR gériatrique	admission1@guyanesante.org (5)10.81.81	(5)39.02.00
		SSR polyvalent/ neuro/ orthopédique	secmed2@guyanesante.org/ secretariatmed3@guyanesante.org (5)10.27.87	(5)39.03.26
		SSR CHC	(5)39 52 15	(5)39 52 15

VOIE D'ABORD : Voie Veineuse Périphérique : Posée le : …….. Voie Veineuse Centrale : Posée le : …….. Chambre implantable : Posée le :	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	MOBILITE	☐ Totale ☐ Partielle ☐ Mise au fauteuil
		DEPENDANCE	☐ Totale ☐ Partielle
Autres abords veineux : …… Posée le :	☐ Oui ☐ Non	ALIMENTATION	☐ Normale ☐ Troubles de déglutition ☐ Régime/ textures adaptées ☐ Sonde naso-gastrique : CH…… posée le …… ☐ Gastrostomie : Posée le : …… ☐ Autre : ……
Fonctions sensorielles : Vision normale oui☐ non☐ Audition normale oui☐ non☐ Expression normale oui☐ non☐ Appareil dentaire oui☐ non☐ Compréhension normale oui☐ perturbée ☐ Langue parlée……..	. .	COMPORTEMENT	☐ Normale ☐ Agitation ☐ Désorientation ☐ Trouble de la mémoire ☐ Déambulation ☐ Risque de fugues ☐ Autre : ……
DOULEUR :	☐ Oui ☐ Non		
☐ Aiguë ☐ Chronique ☐ Neurologique ☐Nociception EVA/EVN à la sortie : ……..		RESPIRATION :	☐ Normale ☐ Aspiration ☐ VNI ☐ Trachéotomie ☐ O2 ……. litres/min
ETAT CUTANE ☐ Normal ☐ Rougeurs ☐ Escarres ☐ Plaies ☐ Matelas anti escarres		ELIMINATION	Diarrhées : ☐ Oui ☐ Non
Localisation : ……			Constipation : ☐ Oui ☐ Non
BMR/BHRe :	☐ Oui ☐ Non		Incontinence urinaire : ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Germe …… Localisation : ……			Etui pénien : ☐ Oui ☐ Non
AIDES TECHNIQUES Lit médicalisé ☐ Fauteuil ☐ Déambulateur ☐			Sonde urinaire : ☐ Oui ☐ Non
			CH : ……Posée le :……

PATIENT INFORMEE DE LA

Cochez un choix	Logo	Établissement	Mail / fax	Téléphone
		HAD Guyane	secretariat.cayenne@rainbow-sante.com cay (5)28.45.40 kourou (5)32.30.80 SLM (5)27.94.76	(5)28.62.18
		HAD Saint Paul	sechad2@guyanesante.org (5)39.03.46	(5)39.03.45/ (5)39.03.49
		SSR Pédiatrique	lescoulicous@rainbow-sante.com (5)38.16.93	(6)49.89.06/ (5)28 21 13
		SSR gériatrique	admission1@guyanesante.org (5)10.81.81	(5)39.02.00
		SSR polyvalent/ neuro/ orthopédique	secmed2@guyanesante.org/ secretariatmed3@guyanesante.org (5)10.27.87	(5)39.03.26
		SSR CHC	(5)39 52 15	(5)39 52 15

DEMANDE Oui ☐ Non FAMILLE INFORMEE DE LA DEMANDE Oui ☐ Non	
DEVENIR AU DECOURS DU SEJOUR	☐ Retour à domicile ☐ EHPAD ☐ CHC ☐ HAD ☐ Autre : ……

DATE SOUHAITEE DE PRISE EN CHARGE : ……..

SIGNATURE : ……

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE:

- copie de la pièce d'identité (CNI, passeport, titre de sejour ou acte de naissance)
- copie de la carte vitale ou de la carte d'AME +attestation/ ou récipissé de demande de rattachement pour les nouveaux nés
- justificatif de domicile

- tout autre document relatif à la situation sociale du patient