

<b>PRESCRIPTEUR</b> Etablissement : Service : Médecin : Tél. : 0590...../Fax :0590..... Email :		<b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b> Nom de naissance : _____ Epouse : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Adresse : _____ Tél : _____ Email : _____	
Médecin traitant : _____		Date de la demande : _____	
<b>Référent familial (Nom et coordonnées)</b>		<b>Situation sociale</b> Vit accompagné <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> <b>Tutelle-Curatelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> N° Sécu. _____	<b>Assuré sociale</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 100% OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> 80% OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> CMU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> Mutuelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS <input type="checkbox"/> /Mutuelle : _____

Service demandé : **Soins de Suite et de Réadaptation**  **Psychiatrie**

Polyvalent  Education Thérapeutique Diabète   
 Maladies Métaboliques  Education Thérapeutique Obésité   
 Personnes Agées  HDJ (Maladies Métaboliques et Personnes Agées)

Lettre adressée à : Dr ATALLAH  Dr JAZIRI Chawki  Dr JAZIRI Samia   
 Dr SEBBAG  Dr SEJOR  Dr URSULE  NON PRECISE

<b>Motif d'hospitalisation dans le service demandeur :</b>	<b>Traitement en cours-posologie (joindre photocopie du traitement)</b>
<b>Diagnosics associés-addictions :</b>	

**Etat somatique et capacité fonctionnelle au moment de la demande:**

<b>Conscient</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>Agitation</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>Altération des fonctions cognitives</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>Respiration</b>	Normal <input type="checkbox"/> O2 (L/min) <input type="checkbox"/>	Aspi-bronchique <input type="checkbox"/> Aérosol <input type="checkbox"/>	
<b>Trouble de la déglutition</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>Alimentation</b>	Normal <input type="checkbox"/> Entérale <input type="checkbox"/> Parentérale <input type="checkbox"/>	Stimulation <input type="checkbox"/>	
<b>Elimination</b>	Normal <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Chaise-percée <input type="checkbox"/>	Sonde vésicale <input type="checkbox"/>	
<b>Déplacement</b>	Canne/Déambulateur <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>	Prothèses <input type="checkbox"/>	
<b>Besoin de Monitoring ?</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<b>Autonomie</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dépendance partielle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dépendance totale</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Fonctionnement hémicorps droit</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Fonctionnement hémicorps gauche</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Pansements</b>	Localisation : _____ Escarres <input type="checkbox"/>	Ulçères <input type="checkbox"/>	Plaie chir. <input type="checkbox"/> Prév.escarres <input type="checkbox"/>
<b>BMR</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Localisation : _____		
<b>Douleurs</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Localisation : _____		
<b>Informations complémentaires :</b>			

Le :  
Nom, signature et tampon du médecin prescripteur

**Réservé aux Nouvelles Eaux Vives**  
(Réponse ou suite à donner à la demande)