

Demande d'admission en réadaptation gériatrique aiguë (rempli par le demandeur)

[Critères d'admission en RGA](#)

Caractéristique minimale, indication: Tous les critères d'admission doivent être remplis et documentés et il ne doit y avoir aucun critère d'exclusion.
Critères d'admission: - Séjour en hôpital de soins aigus - Objectif thérapeutique supérieur résultant d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle (potentiel pour la réadaptation gériatrique aiguë) - Limitation au quotidien en raison de multi morbidité gériatrique avec **présence d'au moins 3 des syndromes gériatriques suivants:**

Patient de plus de 75 ans

Troubles cognitifs

Immobilité ou tendance à chuter ou vertiges

Incontinence urinaire et/ou fécale

Malnutrition et sarcopénie

Signes de dépression ou de trouble anxieux

Handicap visuel ou surdité ayant un impact au quotidien

Symptômes de douleurs chroniques

Problèmes avec les médicaments

Problèmes psychosocial

Patient : (Grande  tiquette)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Domicile :

Sexe : H F

N  de patient :

Téléphone privé :

Téléphone mobile :

Caisse maladie / accident :

N  d'assurance :

Caisse complémentaire : P MP C

Contact d'urgence (Nom et tél) :

Provenance du patient : Domicile

Autre :

Hospitalisé depuis le :

Transfert Souhaité dès le :

Hôpital / Clinique / Médecin / Service demandeur :

Téléphone :

Coordonnées et téléphone de la personne de contact pour des renseignements complémentaire :

Diagnostic principal / problème(s) actif(s) / date et type d'intervention :

Comorbidités pertinentes pour cette demande :

Objectifs du Séjour

Suite de traitement médical

Reconditionnement - renutrition

Bilan gériatrique

Evaluation de l'autonomie

Bilan médecine interne

Evaluation musculo-squelettique

Troubles moteurs oui non

Trouble de l'équilibre oui non

Troubles de la coordination oui non

Troubles sensitifs oui non

Troubles de la conscience oui non

Troubles neuropsychologiques oui non

Troubles de la déglutition oui non

Troubles sphinctériens oui non

Capacité à coopérer au traitement oui non Partiellement Agitation Agressivité Fugue

Evaluation du potentiel de récupération bon moyen mauvais

Nom de l'établissement : Site de Chamblon - Team gériatrie eHnv

tél : 024 / 424 42 43

Médecin Chef et N  tél. de contact de l'unité RGA: Dr Lila Saiah

tél : 024 / 447 17 72

A validé l'admission Oui Non

Le formulaire est envoyé à : admissionsctr@ehnv.ch

Date :

Signature du médecin demandeur :



Patient (Petite étiquette) Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____	Projet de sortie après RGA Domicile : <input type="checkbox"/> Placement : <input type="checkbox"/> Dom. d'un proche : <input type="checkbox"/> qui : _____ Autre : _____
---	--

Profil de l'autonomie avant la demande d'admission en réadaptation gériatrique aigue

Manger et boire	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> dépendant	Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se laver	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> dépendant	Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se vêtir	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> dépendant	Troubles du langage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mobilisation / changement de position	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> dépendant	Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mobilisation / marche	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> dépendant	Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Continence vésicale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Remarque(s) :		
Continence anale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Troubles visuels	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

Traitement ou matériel spécifique à prévoir

Matelas anti-escarre : oui non Mob. en charge partielle

Chaise roulante : oui non Mob. en décharge complète

Allergie : oui non la ou lesquelles : _____

Isolement : oui non type : _____

Chimiothérapie en cours (même orale) : oui non

Radiothérapie en cours : oui non

Dialyse : oui non Si oui, fréquence : LU MA ME JE VE SA

Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle,...) : oui non

Si oui, le ou lesquels : _____

Date : _____

Lieu : _____

Remarque :

Situation de vie avant la demande d'admission en réadaptation gériatrique aigue

Vit seul(e) En couple Vit avec des proches Vit en EMS

Appartement protégé Logement Maison individuelle

Nombre d'étage : _____ Escaliers : oui non Ascenseur : oui non

Sort du domicile : oui non

Aide par la famille : oui non

Aide professionnelle : oui non

Coordonnées du contact professionnel (Nom et N° de téléphone) : _____

