

Document de préadmission en Hébergement Temporaire d'Urgence

Publié le :
31/03/2021

Volet administratif

Référent du dossier (PTA) :

.....

Préférence territoriale : Sauveterre de Béarn Arzacq

Identité de l'accueilli(e)	
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
Lieu de naissance	.....
Adresse	...............
Téléphone	.....
Protection juridique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Mandat de protection future (<input type="checkbox"/> actif <input type="checkbox"/> non-actif) La personne de confiance désignée assure la protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non : NOM : Adresse : Téléphone :
Motif d'entrée en HTU	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation, <input type="checkbox"/> Sortie d'un service d'urgence, <input type="checkbox"/> Hospitalisation de l'aidant/défaillance soudaine de l'aidant, <input type="checkbox"/> Impossibilité ponctuelle d'un maintien à domicile dans l'attente d'un plan d'aide ou situations critiques repérées par la plateforme territoriale d'appui/évaluateurs APA.
Date d'entrée en HTU	.....
Date de sortie de l'HTU	.....
Projet de sortie de l'HTU	.....
<input type="checkbox"/> CNI / fiche familiale d'état civil <input type="checkbox"/> Carte vitale <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Photocopie jugement protection juridique	

Identité de la personne de confiance désignée	
NOM - Prénom	.....
Adresse	...............
Téléphone	..........
Lien avec l'accueilli(e)	.....

Document de préadmission en Hébergement Temporaire d'Urgence

Publié le :
31/03/2021

Volet médical

Médecin traitant

NOM - Prénom	.....
Adresse	.....
Téléphone	.....
Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé
	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitements en cours – JOINDRE LA DERNIERE EN COURS	
Taille :	Poids :

COVID

Vaccination COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} injection	<input type="checkbox"/> 2 ^{de} injection
Test RT-PCR réalisé 72h avant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non, à réaliser

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :			Si OUI, précisez laquelle :			Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			- visuelle			- kinésithérapeute		
			- auditive			- orthophonie		
			- gustative			- autre (précisez) :		
			- olfactive					
			- vestibulaire					
- tactile								

Risque de chute Oui Non

Soins palliatifs Oui Non

Risque de fausse route Oui Non

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement:

Document de préadmission en Hébergement Temporaire d'Urgence

Publié le :
31/03/2021

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacements	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur / dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité / Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	OUI	NON
Oxygénothérapie		
- continue		
- non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Appareillages	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / Canne		
Orthèse		
Prothèses (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (Précisez) :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni correctement.

	OUI	NON
Gastronomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/Ventilation non invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

Pansements ou soins cutanés	OUI	NON
- soins d'ulcère		
- soins d'escarres		
Localisation :		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (précisez) :

Commentaires et recommandations éventuelles