

Nom /Prénom du patient : \_\_\_\_\_

**ANNONCE D'HOSPITALISATION**  
 (merci de renseigner tous les items)

Date \_\_\_\_\_

Nom /Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse et localité \_\_\_\_\_

Hospitalisé(e) le \_\_\_\_\_ Site hospitalier \_\_\_\_\_

Le patient a donné son accord pour la transmission de ces données aux médecins et au personnel paramédical concerné : Oui  Le patient n'est pas informé  A refusé

Nom et coordonnées de la personne de référence familiale \_\_\_\_\_

• La situation à domicile est simple : Oui  est complexe : Oui

• Motif(s) d'hospitalisation :


• Particularité(s) de l'habitat :

Ascenseur : Oui  Non  Rampe : Oui  Non

Appartement adapté : Oui  Non  Escaliers : Oui  Nombre \_\_\_\_\_ Non

Autre : \_\_\_\_\_

• Situation familiale, entourage, ressources :


• Prestations à domicile :

Service	Prestations	Fréquence
Soins infirmiers		

Nom /Prénom du patient : \_\_\_\_\_

AF		
Repas livrés par		
Structure de soins de jour, CCPP		
Bénévoles, aides privées, assistance		
Moyens auxiliaires		
Nom et lieu de la pharmacie		
Autre		

**APEA ?**      **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**  **En cours**

Si oui, type de curatelle et Nom du Curateur : \_\_\_\_\_

**Une demande d'allocation pour impotent a-t-elle été déposée ?** **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**

**Un/une ergothérapeute a-t-il/elle effectué une évaluation du domicile ?** **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**

**Un/une AS est-il/elle dans la situation ?** **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**

Si oui, Nom et N° Tél : \_\_\_\_\_

**La personne a-t-elle reçu des informations sur les EMS ?** **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**

**La personne est-elle inscrite dans un ou plusieurs EMS ?** **Oui**  **Non**  **Je ne sais pas**

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**Identifiez-vous des difficultés/problèmes liés au maintien à domicile ?**      **Oui**       **Non**

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**Un réseau est-il nécessaire pour organiser la sortie ?**      **Oui**       **Non**

Si oui, quels sont les objectifs de ce réseau ? (**Argumentation indispensable**) \_\_\_\_\_

**Nom du prestataire de soins à domicile** \_\_\_\_\_

**Nom de l'infirmière** \_\_\_\_\_