



DOCUMENT DE DEMANDE D'ADMISSION EVEIL DE COMA

SECTION 1 : DOCUMENT A COMPLÉTER PAR LE SERVICE SOCIAL

Cochez les réponses adéquates

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : masculin féminin

Adresse :

.....
.....

Tél domicile :/.....

Etat civil Célibataire

Époux(se) de (nom - prénom) :

Conjoint(e) de (nom - prénom) :

Veuf(ve) Séparé (e) Divorcé (e)

Nationalité :

Langue maternelle :

Langue parlée au domicile :

PRISE EN CHARGE

- **Mutuelle**

Fédération :

Matricule :

Numéro National :

Code titulaire :

- **Assurance :**

.....
Personne de contact :
Dossier n :

- **C.P.A.S. de :**

.....
Personne de contact :

- **Contacts famille**

Nom :
Lien de parenté :
Tél : / GSM : /

Nom :
Lien de parenté :
Tél : / GSM : /

- **Administrateur de biens :**

Nom :
Adresse :
.....
.....
Tél de la personne : / GSM :

- **Administrateur de la personne :**

Nom :
Adresse :
.....
.....
Tél de la personne : / GSM :

- **Médecin traitant**

Docteur :

Adresse :

.....

.....

Tél de la personne :/..... GSM :

- **Lieu de vie avant l'admission :**

- **Type de chambre souhaité :** 1 lit 2 lits

- **Orientation à la sortie :** domicile

- M.R/MRS.

- Autre :

- **Remarques particulières** (projet post-hospitalier, démarches en cours, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre collaboration,

Date :...../...../.....

Nom de l'assistant(e) social(e) :

.....

Tél...../.....



SECTION 2 : DOCUMENT A COMPLÉTER PAR LE MEDECIN

Cochez les réponses adéquates

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :/...../.....

Antécédents :

Médicaux :

.....
.....
.....

Chirurgicaux :

.....
.....
.....

Psychiatriques :

.....
.....
.....

Allergiques :

.....
.....
.....

Addictions : spécifiez si nécessaire

alcool tabac drogues

.....

Affection principale motivant l'admission

.....
.....
.....

Date de l'affection :/...../.....

Nature des lésions cérébrales

Diagnostic de l'état de conscience *

- Coma (yeux fermés, non-éveillable, pas de signe de conscience)
- Etat d'éveil non-répondant (anciennement état végétatif)
- Etat de conscience minimale
- Locked-in Syndrome

Description pour les deux derniers états :

.....
.....
.....
.....

***Une IRM est indispensable avant transfert**

Corpulence

Taille :

Poids :

Mode alimentaire

- Sonde gastrique** : placée ou changée le/...../.....
- Gastrostomie : placée ou changée le...../...../.....
- Per os

**** Merci de prévoir gastrostomie avant transfert**

Respiration

- Ventilation : Respiration spontanée
 Trachéostomie
 Intubation trachéale*
 Ventilation mécanique*

Oxygéno-dépendance ? oui non

** Veuillez noter que nous ne pouvons accueillir ce type de patient.*

Etat infectieux

Isolement infectieux ? oui non

En cas de réponse positive, veuillez en indiquer le motif et les résultats de l'antibiogramme

.....
.....
.....

Traitement médicamenteux actuel

NOM DU MEDICAMENT	DOSAGE	FREQUENCE	VOIE ADMIN

Complications nécessitant une mise au point (escarres, infection, hydrocéphalie, épilepsie...)

.....
.....
.....
.....
.....

Information famille

La famille est-elle informée ?

- du diagnostic oui non je ne sais pas
- du pronostic oui non je ne sais pas

Transfert

Le patient peut être transféré au CHN WL à partir du :/...../.....

Merci de votre collaboration,

Date :/...../.....

Nom du médecin :

.....

Tél : /