

Demande d'hospitalisation SMR
Unité Cognitivo-Comportementale
(durée maximum 30 jours)

A transmettre au secrétariat médical de l'UCC :

Mail : secretariat.smr@ch-beziers.fr

Tel. : 04.67.35.77.45

*Une commission
d'admission a lieu une
fois par semaine.
Si la demande est urgente
contacter l'EPS PA au
07 72 66 09 93*

Date de la demande :

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de vie :

ALD et type : oui ☐ non ☐

Domicile ☐ EHPAD ☐ USLD ☐ Autre ☐ (préciser)

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

Personne demandant l'admission : <i>NOM Prénom et lien avec le/la patient-e</i>	Téléphone :
<u>Médecin traitant :</u>	Téléphone :
<u>Spécialistes :</u> Cardiologue : Gériatre : Neurologue : Autre(s) :	Téléphone :

Diagnostic de pathologie neuro-dégénérative connu : oui ☐ non ☐

Si oui, préciser de quel type :

Diagnostic posé par le Dr :

Année du diagnostic :

Motif de la demande d'admission :

Devenir envisagé après l'hospitalisation en UCC :

NOM Prénom :

	NON	OUI	<i>Si oui, préciser :</i>
Sensation de danger immédiat			Pour la personne ☐ pour autrui ☐ <i>Préciser le cas échéant :</i>
Idées délirantes			Thème ?
Hallucinations			Type ?
Agitation			Moment(s) privilégié(s) de la journée ?
Agressivité			Verbale ☐ physique ☐ Dans des circonstances particulières ?
Désinhibition			Verbale ☐ physique ☐
Déambulation			Diurne ☐ nocturne ☐ Avec sortie du lieu de vie ? oui ☐ non ☐
Troubles du sommeil			Descriptif : Somnolence diurne plus de 2 h par jour : oui ☐ non ☐
Troubles de l'hygiène			Descriptif :
Dépression, repli sur soi, pleurs, tristesse			Depuis ?
Anxiété			Depuis ?
Troubles du comportement alimentaire			<i>Si oui, préciser :</i> Amaigrissement oui ☐ non ☐ Prise de poids oui ☐ non ☐

NOM Prénom :

Situation familiale : marié-e ☐ séparé-e ☐ divorcé-e ☐ veuf-ve ☐ autre ☐ (<i>préciser</i>)		
Nombre d'enfants : A proximité : oui ☐ non ☐ <i>Eventuels commentaires</i> :	Identification d'un aidant principal : oui ☐ non ☐ <i>Si oui, préciser NOM Prénom, Tél., lien de parenté</i> :	
Protection juridique : oui ☐ non ☐ <i>Si oui</i> : curatelle ☐ curatelle renforcée ☐ tutelle ☐	NOM Prénom du représentant légal :	Téléphone

Intervention(s) de professionnel(s) auprès de la personne :		
	NOM Prénom / identification / fréquence	Téléphone
IDE : oui ☐ non ☐		
SSIAD : oui ☐ non ☐		
Auxiliaire de vie : oui ☐ non ☐		
Aide-ménagère : oui ☐ non ☐		
Kinésithérapeute : oui ☐ non ☐		
Orthophoniste : oui ☐ non ☐		
Gestionnaire de cas (DAC 34) : oui ☐ non ☐		
Equipe Spécialisée Autonomie dans l'année : oui ☐ non ☐		
Autre : oui ☐ non ☐ <i>Préciser</i> :		

Recours à une ou des structure(s) d'aides extérieures pour la personne ou ses aidants :	
France Alzheimer : Accueil de Jour Alzheimer : Plateforme de Répit : Autre(s) :	☐ oui ☐ non ☐ ☐ oui ☐ non ☐ ☐ oui ☐ non ☐ <i>Préciser la nature du besoin</i> :

NOM Prénom :

ANTECEDENTS		
<u>Antécédents médicaux :</u>	<u>Antécédents chirurgicaux :</u>	<u>Allergies éventuelles :</u> <u>Consommation de toxiques éventuelle :</u>

<u>Traitement actuel :</u> (transmettre la dernière ordonnance SVP)	Date des dernières modifications significatives du traitement

Dernier MMS :	/30	Date de réalisation :
----------------------	------------	------------------------------

<u>Dernière(s) imagerie(s) cérébrale(s) réalisée(s)</u> (scanner, IRM, TEP ou DAT scan ...)	Transmettre comptes rendus et/ou clichés si disponibles. A défaut, date et lieu de réalisation :
<u>Dernière(s) biologie(s) réalisée(s)</u> Date(s) Laboratoire :	Eventuelle(s) anomalie(s) repérée(s) :