



Fiche Standardisée de préadmission d'HTS en EHPAD	
Emetteur / Rédacteur :	Date de création :
Approbation :	Dernière mise à jour :
Réfèrent DAC du Dossier :	Date de prise en charge :
Réfèrent EHPAD du Dossier :	Date de prise en charge :
Volet Administratif - À REMETTRE À L'EHPAD	
Identité de la personne accueillie	NOM : _____ Prénom : _____
Date naissance	_____ Âge : _____
Lieu de naissance	_____
Adresse	_____ Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone	_____
Protection juridique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<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 ou <input type="checkbox"/> non-actif)
Personne de confiance	NOM : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne accueillie : _____ La personne de confiance désignée assure-t-elle la protection juridique ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Motif d'entrée en HTS	<input type="checkbox"/> Sortie d'Hospitalisation <input type="checkbox"/> Répit non programmé de l'Aidant <input type="checkbox"/> Sortie d'un service d'accueil des urgences <input type="checkbox"/> Adaptation du logement <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou Défaillance soudaine de l'Aidant <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Crise sanitaire (épidémique, climatique, sociale) <input type="checkbox"/> Mise à l'abri <input type="checkbox"/> Autre urgence (Préciser) : _____
Date d'entrée en HTS	_____
Provenance	<input type="checkbox"/> Etablissement Sanitaire <input type="checkbox"/> ESMS <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Famille d'accueil (Conseil Départemental) <input type="checkbox"/> Sans Abri <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____
Date prévisionnelle de sortie en HTS	_____
Projet de sortie de l'HTS	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Accueil chez un proche <input type="checkbox"/> Famille d'accueil (Conseil Départemental) <input type="checkbox"/> HT/HP EHPAD <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____
Justificatifs d'identité et d'ouverture des droits	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte Vitale <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Copie du jugement de protection juridique <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____
Observations	

Fiche Standardisée de préadmission d'HTS en EHPAD

Emetteur :		Date de création :
Approbation :		Dernière mise à jour :
Référent DAC du Dossier :	Date de prise en charge :	
Référent EHPAD du Dossier :	Date de prise en charge :	
Volet Médical - À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'EHPAD		
Identité du Médecin traitant	NOM : _____	Prénom : _____
Prénom	_____	
Adresse	_____	
	Code postal : _____	Ville : _____
Téléphone	_____	
Médecin Prescripteur de l'HTS <i>Joindre le certificat d'admissibilité médicale</i>	S'agit-il du médecin traitant ?! <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser :	
	NOM : _____	Prénom : _____
	Spécialité : _____	
	Adresse : _____	
	Téléphone : _____	
	Lieux d'exercice : _____	
Etat de santé de la personne accueillie		
Observations générales		Taille : _____ Poids : _____
Pathologies actuelles		ALD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser : _____ _____ _____
Traitements en cours <i>Joindre les ordonnances en cours</i>	Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A réaliser - Préciser : _____	
Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques		
Immunité		
Covid-19	Vaccination : <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} injection <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
	Test RT-PCR / Antigénique <72H : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> A réaliser	
Portage de bactérie multi résistante (BMR)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas Date du dernier prélèvement : _____	
HIV	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui depuis quand : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas Date du dernier prélèvement : _____	
Autre : (Préciser)		
Situations particulières		
Conduite Addictive	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser laquelle : _____ Si oui préciser si elle est en cours de sevrage : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Déficiences sensorielles & Handicap	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser laquelle/ lequel) <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
	<input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Gustative <input type="checkbox"/> Olfactive <input type="checkbox"/> Vestibulaire <input type="checkbox"/> Tactile <input type="checkbox"/> Handicap sensoriel <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Mental (déficience intellectuelle) <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Incapacité permanente ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Rééducation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser laquelle) <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

Risque de chute	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Allergies	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Préciser : _____		
Niveau d'autonomie	Cotation :	A : Fait seul les actes quotidiens spontanément, totalement, habituellement et correctement	B : Fait partiellement les actes quotidiens, non spontanément, non habituellement ou non correctement
	Transferts :	Se lever : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	S'asseoir : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Déplacement :	A l'intérieur : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	A l'extérieur : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Toilette :	Haut : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Bas : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Élimination :	Urinaire : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Fécale : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Habillage :	Haut : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Moyen : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Alimentation :	Se servir : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Manger : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Orientation :	Espace : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Temps : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Cohérence :	Communication : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Comportement : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Alerter :	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
Symptômes comportementaux & psychologiques	<input type="checkbox"/> Idées délirantes		<input type="checkbox"/> Hallucinations
	<input type="checkbox"/> Agitation		<input type="checkbox"/> Agressivité
	<input type="checkbox"/> Dépression, dysphorie		<input type="checkbox"/> Anxiété
	<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur		<input type="checkbox"/> Apathie, indifférence
	<input type="checkbox"/> Irritabilité & Instabilité de l'humeur		<input type="checkbox"/> Comportement moteur aberrant – Préciser : <input type="checkbox"/> Déambulations pathologiques <input type="checkbox"/> Gestes incessants <input type="checkbox"/> Risques de sorties non accompagnées <input type="checkbox"/> Risques de fugue
	<input type="checkbox"/> Désinhibition		
	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil		
	<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit		
Dispositifs Médicaux & Appareillages	<input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Gastronomie
	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Chambre implantable /PICC line	<input type="checkbox"/> Colostomie
	<input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/> Pompe	<input type="checkbox"/> Urétérostomie
	<input type="checkbox"/> Déambulateur Canne	<input type="checkbox"/> Ventilation invasive ou non	<input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale
	<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Prothèses (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
Soins techniques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie - Préciser : <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Non continue <input type="checkbox"/> Sondes d'alimentation <input type="checkbox"/> Sondes de trachéotomie <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
Plaies & Cicatrisations	Pansements et soins cutanés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation : _____ <input type="checkbox"/> Soins d'ulcère Stade : _____ <input type="checkbox"/> Soins d'escarres Durée du soin : _____ <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____ Type de pansement : _____		
Recommandations sur les modalités de sortie du dispositif HTS	(date de fin de prise en charge, orientation vers une nouvelle structure, motifs de sortie...)		