



FICHE NAVETTE - CHAMBRE RELAIS

Les éléments figurant sur cette fiche navette viennent compléter la demande d'admission CERFA 143732*3 et préciser les motifs de la demande en chambre relais ainsi que les modalités de retour à domicile prévues et les démarches engagées.

➤ Date de la demande :/...../.....

IDENTIFICATION DE L'ADRESSEUR	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Nom :
Commune d'exercice :	Téléphone :
Mail :	MSSanté :
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé	Nom de l'établissement :
Service :	Nom du référent de la demande :
Téléphone :	Mail : MSSanté :
<input type="checkbox"/> Acteur du domicile	
Service :	Nom du référent de la demande :
Téléphone :	Mail :
ENGAGEMENT DE L'ADRESSEUR :	
<p>> En amont de la demande d'admission, l'établissement de santé s'engage à :</p> <p><input type="checkbox"/> ce que l'état de santé de la personne orientée ne nécessite pas d'une prise en charge en SSR</p> <p><input type="checkbox"/> avoir informé la personne sur les conditions d'accueil, les tarifs et le séjour en chambre relais</p> <p><input type="checkbox"/> avoir obtenu son consentement ou rempli le certificat médical en cas d'impossibilité d'obtention du consentement</p> <p><input type="checkbox"/> transmettre le dossier administratif (CERFA national) dûment complété</p> <p><input type="checkbox"/> transmettre tous les éléments médicaux nécessaires à la prise en soins : certificat médical (CERFA national), évaluation du niveau de dépendance (GIR), ordonnance(s) de sortie (traitement en cours, prescription(s) actes, ...) et les transmissions infirmières, ...</p> <p>> Et après validation de l'admission, l'établissement de santé s'engage à :</p> <p><input type="checkbox"/> prévenir les professionnels du domicile de l'orientation de la personne en Chambre relais et à leur transmettre l'ensemble des informations nécessaires à la préparation du retour à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> fournir les médicaments prescrits en quantité nécessaire, notamment en cas d'orientation en veille de week-end pour 48H</p> <p><input type="checkbox"/> organiser l'accueil en chambre relais (transport, trousseau, ...)</p>	



INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ORIENTEE :

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Sexe :
Commune de résidence :

OU Etiquette patient :

Motifs d'orientation en chambre relais et motifs d'hospitalisation (en cas de demande d'un établissement de santé) :

Informations à connaître pour la prise en charge (problématiques, habitudes, ...) :

Chambre relais envisagée (à titre indicatif) :

- Levroux, EHPAD Les Sables (non sécurisé)
- Sainte Sévère, EHPAD Le Castel (non sécurisé)
- Châteauroux, EHPAD G.Sand (non sécurisé)
- Châteauroux, EHPAD Les Albizias (sécurisé)

Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage

<p>▶ Attentes exprimées par la personne¹</p>	
<p>▶ Attentes exprimées par l'entourage de la personne</p>	

¹ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, logement, ...)



CENTRE
DEPARTEMENTAL
GERIATRIQUE DE L'INDRE



CENTRE
HOSPITALIER
DE LEVROUX

EHPAD « Le Castel »
Sainte-Sève-sur-Indre



**PRECONISATIONS POUR L'ORGANISATION
DU RETOUR A DOMICILE (CHAMP OBLIGATOIRE) :**

Préconisations médico-sociales et sociales :

Actions réalisées / contacts pris :

Préconisations médicales :

Actions réalisées / contacts pris :



CENTRE
DEPARTEMENTAL
GERIATRIQUE DE L'INDRE



CENTRE
HOSPITALIER
DE LEVROUX

EHPAD « Le Castel »
Sainte-Sève-sur-Indre



A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT DES CHAMBRES RELAIS

Nom de l'établissement :

Nom de la résidence :

Date d'entrée :

Date de sortie :

Durée du séjour :

Référent du séjour :

Informations utiles pour le retour et la prise en charge à domicile :