







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				
☐ Médecin traitant	Nom :			
Commune d'exercice :		Téléphone :		
Mail :		MSSanté :		
☐ Etablissement de santé	Nom de l'établissement :			
Service :	Nom du référent de la demande :			
Téléphone :	Mail:			
	MSSan	té :		
□ Acteur du domicile				
Service :	Nom du référent de la demande :			
Téléphone :	Mail :			
ENGAGEMENT DE L'ADRESSEUR :				
> En amont de la demande d'admission, l'établissement de santé s'engage à :				
□ ce que l'état de santé de la personne orientée ne nécessite pas d'une prise en charge en SSR				
□ avoir informé la personne sur les conditions d'accueil, les tarifs et le séjour en chambre relais				
□ avoir obtenu son consentement ou rempli le certificat médical en cas d'impossibilité d'obtention du				
consentement				
□ transmettre le dossier administratif (CERFA national) dûment complété				
□ 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,				
> Et après validation de l'admission, l'	établiss	ement de santé s'engage à :		
□ 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				
□ fournir les médicaments prescrits en quantité nécessaire, notamment en cas d'orientation en veille de week-end pour 48H				
□ organiser l'accueil en chambre relais (transport, trousseau,)				





EHPAD « Le Castel » Sainte-Sévère-Sur-Indre



INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ORIENTEE :						
Nom:			OU Etiquette patient :			
Prénom :						
Nom	de	naissanæ :				
Date	de	naissance :				
Sexe:						
Commune de résidence :						
Motifs d'orientation en ch de santé) :	<u>ambre relais</u> et motif	fs d'hospitalisation	on (en cas de demande d'un établissement			
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						
► Attentes exprimée par la personne1	es					
 Attentes exprimée par l'entourage de la personne 						

 $^{^{\}rm 1}$ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, logement, ...)





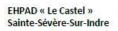




PRECONISATIONS POUR L'ORGANISATION DU RETOUR A DOMICILE (CHAMP OBLIGATOIRE) : <u>Préconisations médico-sociales et sociales :</u> Actions réalisées / contacts pris : <u>Préconisations médicales :</u> Actions réalisées / contacts pris :









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 p	rise en charge à domicile :			