

## FICHE MEDICALE DE PREADMISSION - SSR POLYVALENT

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (ou ETIQUETTES)

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

N° S.S. : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Situation familiale : marié(e)  célibataire  divorcé(e)  veuf(ve)  union libre

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... ☎ : .....

ORGANISME DE PRISE EN CHARGE : ..... MUTUELLE : .....

ACCIDENT DU TRAVAIL : OUI  NON

**Pièces à transmettre en même temps que la fiche de préadmission :  
 photocopie carte d'identité + attestation carte vitale + attestation  
 mutuelle**

### ----- DEMANDEUR -----

ETABLISSEMENT : ..... SERVICE : .....

NOM DU CADRE DE SANTE : ..... ☎ : .....

NOM DU MEDECIN : ..... ☎ : .....

NOM DE L'ASSISTANTE SOCIALE : ..... ☎ : .....

### ----- OBJECTIF DE LA DEMANDE -----

MOTIF MEDICAL : .....

Date d'entrée demandée : ..... Chambre particulière demandée : OUI  NON

### ----- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX -----

MEDECIN TRAITANT : ..... ☎ : .....

ANTECEDENTS : .....

DIAGNOSTIC : .....

Hospitalisation en rapport avec une ALD : OUI  NON  POIDS : ..... TAILLE : .....

A subi une intervention chirurgicale : OUI  date : ..... NON

Type d'intervention subie : .....

Déficiência motrice : OUI  NON  si oui : hémiplégié  - paraplégie  - tétraplégié  - autres : .....

**Merci d'indiquer ci-dessous le traitement à jour :**

TRAITEMENT A PREVOIR / MEDICATIONS	Traitement	Rythme des séances
.....	Radiothérapie <input type="checkbox"/>	
.....	Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	
.....	Dialyse <input type="checkbox"/>	
.....	Perfusion <input type="checkbox"/>	
.....	Autres <input type="checkbox"/>	Dates prévues :
.....	Consultations de spécialité <input type="checkbox"/>	

Contagieux : OUI  NON  si OUI, préciser (BMR...) : .....

Divers : Pansements OUI  NON  si OUI, stade de gravité : ..... Localisation : .....  
 (escarres...) Protocole : .....

Autres : .....



	OUI	NON	Précisions
Oxygène			Quantité : .....
Trachéo			
Ventilation assistée			
Allergie			Si oui, préciser : .....

----- **ETAT ACTUEL DU PATIENT** -----

Déplacements :  Autonome     semi-autonome     dépendant  
 Lit     Déambulateur     Fauteuil roulant    Si oui :  électrique     manuel  
 Lève-malade

Matériel :     Traction     Plan dur     Matelas spécial    Si oui, lequel : .....  
Autre matériel : .....

Régime :    OUI     NON     Si oui préciser : régime diabétique     mixé     eau gélifiée     sans porc   
Autres : .....

	Toilette	Habillement	Alimentation	Transferts	Déplacements
Autonome					
Aide partielle					
Aide totale					

	Continent	Problème occasionnel	Incontinence	Précisions
Urine				
Selles				

	OUI	NON	OBSERVATIONS
Obésité majeure			Si oui, préciser : Poids ..... Taille .....
Prothèse (pace-maker, ...)			Si oui, préciser : .....
Troubles de la communication			
Bonne expression			
Bonne compréhension			
Troubles sensoriels			
Cécité <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>			
Troubles du comportement			
Agitation <input type="checkbox"/> Dépressif <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Perte de mémoire <input type="checkbox"/> Tabac : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Alcool : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Autres dépendances			
Troubles de la déglutition			
Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Fausses routes <input type="checkbox"/> Nutrition : entérale <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/> Autres problèmes <input type="checkbox"/>			

----- **ENVIRONNEMENT DU PATIENT – RENSEIGNEMENTS SOCIAUX** -----

**MODE DE VIE :**    seul(e)  entouré(e)  Conjoint autonome :    OUI     NON   
Soutien familial disponible : OUI     NON  Aide au domicile possible : OUI     NON   
Autres informations : .....

**DEVENIR APRES SSR :**    RETOUR AU DOMICILE PROBABLE : OUI     NON     INCERTAIN     Préciser : .....  
PLACEMENT : temporaire     définitif     Démarches en cours : .....

Fait le : ..... <i>Identification obligatoire</i> NOM MEDECIN REFERENT : ..... Tél. : ..... Mail : .....	(Signature et cachet)
--	-----------------------