

 POLE SANITAIRE CERDAN / ÀREA SANITÀRIA CERDANA	Gérer le parcours patient	Admissions : Tél. : 04 68 30 47 00 Fax : 04 68 30 47 02 accueil@pole-sanitaire-cerdan.eu	Réf : FORM-PAT1-02 V18
	Fiche médicale de préadmission SMR POLYVALENT		Date mise à jour : 31/05/2023
			Page 1 sur 2

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 :

Déficience motrice : OUI ☐ NON ☐ si oui : hémiplégie ☐ - paraplégie ☐ - tétraplégie ☐ - autres :

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

TRAITEMENT A PREVOIR / MEDICATIONS	Traitement	Rythme des séances
.....	Radiothérapie ☐	
.....	Chimiothérapie ☐	
.....	Dialyse ☐	
.....	Perfusion ☐	
.....	Autres ☐	Dates prévues :
.....	Consultations de spécialité ☐	

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

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

Autres :

	Gérer le parcours patient	Admissions : Tél. : 04 68 30 47 00 Fax : 04 68 30 47 02 accueil@pole-sanitaire-cerdan.eu	Réf : FORM-PAT1-02 V18
	Fiche médicale de préadmission		Date mise à jour : 31/05/2023
	SMR POLYVALENT		Page 2 sur 2

	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 ☐ Surdité ☐			
Troubles du comportement			
Agitation ☐ Dépressif ☐ Désorienté ☐ Fugue ☐ Perte de mémoire ☐			
Tabac : oui ☐ non ☐ Alcool : oui ☐ non ☐			
Autres dépendances			
Troubles de la déglutition			
Sonde naso-gastrique ☐ Gastrostomie ☐ Fausses routes ☐ Nutrition : entérale ☐ parentérale ☐			
Autres problèmes ☐			

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

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

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

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