



Etat addictif (alcool, tabac...) :

Pathologie psycho-psychiatrique :

Douleurs (localisations) :

Patient contagieux ? oui non B.M.R. (joindre bactériologie)Pacemaker Escarres, plaies (localisations : → joindre le protocole de soins)**TRAITEMENT ACTUEL (Merci d'indiquer le traitement à jour) :****APPAREILLAGE :**Fauteuil Déambulateur Prothèses (localisations :)Oxygène (débit : l/mn) V.N.I. Sonde (localisation :) Stomie (localisation :)**MODE DE VIE :** Seul Entouré Patient sous mesure de protection **DEVENIR DU PATIENT A LA SORTIE :**Retour au domicile Demande de placement (EHPAD, USLD) : en cours à prévoir Aides à domicile à mettre en place (infirmières, kiné...)

COORDONNEES : Médecin adresseur / Etablissement : Tél. : Mail :	DATE : Signature et cachet du médecin adresseur	NOM DU MEDECIN TRAITANT : Adresse : Tél. :
---	--	---

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