

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 - tétraplégie - 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 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 :

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