

CENTRE MEDICAL ANNIE-ENIA
64250 CAMBO LES BAINS
 Tél:05.59.29.37.00
 Fax:05.59.29.37.97

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

Nom Prénom : ☎ : Né(e) le : Adresse : Personne à prévenir : Nom : ☎ : Religion : Contexte social :	♦ Caisse d'assurance sociale : N° Matricule..... ♦Assurance complémentaire : N° Adhérent : ♦Chambre individuelle demandée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ♦Prise en charge par la mutuelle : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Hospitalisé(e) depuis le :	Service
Suivi par le Docteur :	Médecin traitant :
Date d'admission souhaitée :/...../.....	

TRAITEMENT	ANTECEDENTS

AUTONOMIE A CE JOUR :

ALIMENTATION et HYDRATATION			LOCOMOTION / MOBILISATION	
<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> gastrostomie		<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> alitement permanent
<input type="checkbox"/> mixée	<input type="checkbox"/> autonome		<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> levé au fauteuil
<input type="checkbox"/> régime	<input type="checkbox"/> aide partielle		<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> escarre
<input type="checkbox"/> sonde gastrique	<input type="checkbox"/> aide totale		<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> risque de chute

COMPORTEMENT	
<input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> confusion troubles langage
<input type="checkbox"/> agité(e)	<input type="checkbox"/> pas de trouble du comportement

ELIMINATION	
URINES	SELLES
<input type="checkbox"/> continent(e)	<input type="checkbox"/> continent(e)
<input type="checkbox"/> incontinent(e)	<input type="checkbox"/> incontinent(e)
<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> sonde
<input type="checkbox"/> autosondage	

HYGIENE et CONFORT	
TOILETTE	HABILLAGE
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> autonome
<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide partielle
<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> aide totale

HANDICAPS SPECIFIQUES	
<input type="checkbox"/> surdité	<input type="checkbox"/> surcharge pondérale :kg
<input type="checkbox"/> troubles visuels	<input type="checkbox"/> autres :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Service adresseur :

CENTRE MEDICAL ANNIE ENIA
64250 CAMBO LES BAINS

Soins Palliatifs

Tél : 05.59.29.37.00

Fax : 05.59.29.37.97

◆ Pourquoi le malade ne peut il pas retourner à domicile ?

◆ Maladie

- *Début de la maladie* ⇨.....
- *localisation de la maladie*
⇨.....
- *Métastases*
⇨.....
- *Autres complications*
⇨.....
- *Traitements*
 - chirurgie oui non
 - radiothérapie oui non en cours ?
 - chimiothérapie oui non en cours ?
 - hormonothérapie oui non en cours ?
 - immunothérapie oui non en cours ?
 - abstention oui non

◆Quels sont les signes cliniques ou les symptômes non contrôlés ?

- Douleurs : non oui
 - type :
 - localisation :
 - récentes anciennes
 - légères moyennes sévères
 - pendant les soins : oui non
 - traitement efficace :
- Troubles neuro psychiques oui non
- Troubles digestifs oui non
- Troubles respiratoires oui non
- Autres :.....
- Risque tromboembolique oui non

