



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  
REEDUCATION DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES  
**HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL**

----- *Merci de renseigner toutes les rubriques* -----

<b>Médecin Traitant :</b>	<b>Médecin spécialiste :</b>
---------------------------	------------------------------

NOM/Prénom : .....	♦ Caisse d'assurance sociale : .....
Né(e) le : .....	N° Matricule.....
Adresse : .....	♦Assurance complémentaire : .....
 .....	.....
Personne à prévenir :	N° Adhérent : .....
Nom : .....	
 .....	
Religion : .....	

<b>Contexte social :</b> .....
<input type="checkbox"/> vit seul <input type="checkbox"/> vit en famille <input type="checkbox"/> vit en structure

**MOTIF D'ADMISSION :**

Personne connue de l'établissement d'accueil : oui  non

<b>PATHOLOGIES ASSOCIEES :</b>	<b>ANTECEDENTS* :</b>
	<b>RISQUE THROMBOEMBOLIQUE :</b>

\*Si antécédent cardiaque, et suivi en cours, autorisation de séjour validée par le cardiologue (certificat médical).

<b>SYMPTOMES D'INCONFORT :</b>	<b>ETAT INFECTIEUX :</b>
<input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> asthénie <input type="checkbox"/> autres : .....	
<b>Assistance respiratoire / O2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Matériel de ventilation</b> <input type="checkbox"/>
<b>TRAITEMENT :</b>	

### AUTONOMIE A CE JOUR :

<b>ALIMENTATION et HYDRATATION :</b>	
<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> gastrostomie
<input type="checkbox"/> mixée	<input type="checkbox"/> autonome
<input type="checkbox"/> régime	<input type="checkbox"/> aide partielle
<input type="checkbox"/> sonde gastrique	<input type="checkbox"/> aide totale

<b>LOCOMOTION / MOBILISATION :</b>	
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> alitement permanent
<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> levé au fauteuil
<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> escarre
<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> risque de chute
Périmètre de marche seul :	

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

<b>ELIMINATION :</b>	
<b>URINES</b>	<b>SELLES</b>
<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	

<b>HYGIENE et CONFORT :</b>	
<b>TOILETTE</b>	<b>HABILLAGE</b>
<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

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

Nom du Médecin :  
Signature :

Fait le :  
Cachet du service

*Cadre réservé   l'équipe médicale du Centre Annie-Enia*

♦ Fiche médicale soumise au Dr..... ♦ Avis médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non pour le motif suivant :
--