

# CENTRE MEDICAL ANNIE-ENIA

64250 CAMBO LES BAINS

Tél:05.59.29.37.00

Mail : [annie-enia@orange.fr](mailto:annie-enia@orange.fr)

Fax:05.59.29.37.97

## FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION

Service demandé :

Soins Palliatifs (USP/LISP)  SSR Affections oncologiques  SSR Affections respiratoires

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

### PROVENANCE

<input type="checkbox"/> Domicile	Médecin traitant : .....
<input type="checkbox"/> Service hospitalier : .....	Médecin adresseur : .....
Hospitalisé(e) depuis le : .....	Médecin traitant : .....

### TRAITEMENT

### ANTECEDENTS

--	--

### DISPOSITIFS MEDICAUX

<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire / O <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Matériel de ventilation
<input type="checkbox"/> Canule trachéale - Présence d'un 2 <sup>ème</sup> jeu ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Référence : .....
<input type="checkbox"/> Autres DM : .....
<input type="checkbox"/> PCA
<input type="checkbox"/> Stomies
<input type="checkbox"/> Matelas escarre

### 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		HYGIENE ET CONFORT	
URINES	SELLES	TOILETTE	HABILLAGE
<input type="checkbox"/> continent(e)	<input type="checkbox"/> continent(e)	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> autonome
<input type="checkbox"/> incontinent(e)	<input type="checkbox"/> incontinent(e)	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide partielle
<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> sonde	<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> aide totale
<input type="checkbox"/> autosondage			

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

**A compléter uniquement pour les demandes concernant l'USP, le LISP et le SSR ONCO :**

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

**Maladie**

- o Début de la maladie : .....
- o Localisation de la maladie :  
.....
- o Métastase :  
.....
- o Autres complications :  
.....
- o 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

**SYMPTOMES**

- Douleur  Oui  Non
- Troubles psychologiques  Oui  Non
- Troubles respiratoires  Oui  Non
- OMS  1  2  3  4

Le patient connaît-il son diagnostic ?  Oui  Non  
 Le patient connaît-il son pronostic ?  Oui  Non

**Entourage du patient**

- Famille  Oui  Non
- Amis  Oui  Non
- Accompagnant  Oui  Non
- Autre  Oui  Non  Lequel : .....
- Est-il informé du diagnostic ?  Oui  Non

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

Fiche médicale soumise au Dr .....

Avis médical :  Oui  Non Pour le motif suivant : .....

Service attribué :  USP  LISP  SSR Affections oncologiques  SSR Affections respiratoires