

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION

Service demandé :

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

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

PROVENANCE

<input type="checkbox"/> Domicile	Médecin traitant :
<input type="checkbox"/> Service hospitalier :	Médecin adresseur :
Hospitalisé(e) depuis le :	Médecin traitant :
Date d'admission souhaitée :/...../.....	
Durée probable du séjour :	
Devenir après le séjour :	

MOTIF D'ADMISSION :

Personne connue de l'établissement d'accueil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TRAITEMENT

ANTECEDENTS

--	--

DISPOSITIFS MEDICAUX

<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire / O ²	<input type="checkbox"/> Matériel de ventilation
<input type="checkbox"/> Canule trachéale - Présence d'un 2 ^{ème} jeu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Référence :
<input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Stomies	<input type="checkbox"/> Matelas escarre
<input type="checkbox"/> Autres DM :	

AUTONOMIE A CE JOUR

ALIMENTATION ET HYDRATATION

LOCOMOTION / MOBILISATION

<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
<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

HYGIENE ET CONFORT		ELIMINATION	
TOILETTE <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	HABILLAGE <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	URINES <input type="checkbox"/> Continent(e) <input type="checkbox"/> Incontinent(e) <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Autosondage	SELLES <input type="checkbox"/> Continent(e) <input type="checkbox"/> Incontinent(e) <input type="checkbox"/> Sonde
COMPORTEMENT <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Agité(e)		HANDICAP SPECIFIQUE <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Troubles visuels	
		<input type="checkbox"/> Confusion, troubles du langage <input type="checkbox"/> Pas de trouble du comportement	
		<input type="checkbox"/> Surcharge pondérale :kg <input type="checkbox"/> Autres :	

A compléter uniquement pour les demandes concernant le SSR RAR :

Bilan cardiaque obligatoire

Date du dernier bilan : Nom du cardiologue :

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

SYMPTÔMES

- 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 Médical 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

