

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

Médecin Traitant :	Médecin spécialiste :
---------------------------	------------------------------

Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Né(e) le : Sexe : Adresse : ☎ Personne à prévenir : Nom : ☎ Religion :	♦ Caisse d'assurance sociale : N° Matricule..... ♦ Assurance complémentaire : N° Adhérent :
---	--

Contexte social : <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

PATHOLOGIES ASSOCIEES :	ANTECEDENTS :
	RISQUE THROMBOEMBOLIQUE :

Bilan cardiaque obligatoire (autorisation de séjour validée par le cardiologue - certificat médical).
 Date du dernier bilan : Nom du cardiologue :

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

AUTONOMIE A CE JOUR :

ALIMENTATION et HYDRATATION :	
<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

LOCOMOTION / MOBILISATION :	
<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 :	

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 :

Nom du Médecin :
Signature :

Fait le :
Cachet du service

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

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