

FICHE MEDICALE DE PREADMISSION

CONFIDENTIEL

(A envoyer directement sous pli confidentiel par le Médecin traitant au Médecin de l'établissement)

NOM : Prénoms : Né(e) le :

Adresse :
.....

Code postal : Ville : N° de tél :

Age : Poids : Taille :

Pathologie principale : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux

.....
.....
.....
.....
.....

Motif(s) de l'hospitalisation, histoire de la maladie :

.....
.....
.....

Pronostic, Objectif(s) du séjour :

.....
.....

ALD non oui Affection exonérante :

Indication d'éventuelles infections (BMR – BHRe):

Type de rééducation :

Régime alimentaire spécifique :

Oxygénothérapie :

Contexte social / Entourage :

.....
.....

Devenir :

FICHE MEDICALE DE PREADMISSION

CONFIDENTIEL

(A envoyer directement sous pli confidentiel par le Médecin traitant au Médecin de l'établissement)

Traitement précis ou Joindre ordonnance

DENOMINATION	POSOLOGIE	MATIN-MIDI-SOIR

Médecin traitant :

Nom :

Tél :

Fax :

e-mail :

Date et Signature du médecin

* Contre-indications formelles

Toute maladie à sa phase aigüe ou contagieuse

Troubles du comportement

FICHE D'AUTONOMIE

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

VENTILATION	Normale <input type="checkbox"/>	Dyspnée <input type="checkbox"/>	Appareil à apnée <input type="checkbox"/>	Oxygène <input type="checkbox"/>	
ETAT CUTANE	Peau saine <input type="checkbox"/>	Fragile à surveiller, sans lésions <input type="checkbox"/>	Lésions moyennes, pansement simple <input type="checkbox"/>	Plaies chirurgicales <input type="checkbox"/>	Plaies chroniques, pansements complexes* : <input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Appui jambier <input type="checkbox"/>
TRANSFERTS	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Lève malade <input type="checkbox"/>	Appui interdit* :
TOILETTE	Autonome <input type="checkbox"/>	A stimuler, guider <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	
HABILLAGE	Autonome <input type="checkbox"/>	S'habille seul avec surveillance <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	
ELIMINATION Urinaire	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	Sonde urinaire <input type="checkbox"/>
ELIMINATION Fécale	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	
ALIMENTATION	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Risque de fausses routes <input type="checkbox"/>	Régime* :
COMMUNICATION	Sans difficultés <input type="checkbox"/>	Expression difficile <input type="checkbox"/>	Trouble auditif <input type="checkbox"/>	Trouble visuel <input type="checkbox"/>	
TROUBLES DE LA CONSCIENCE, COGNITIFS	Lucide, orienté <input type="checkbox"/>	Désorientation légère <input type="checkbox"/>	Confusion <input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs majeurs <input type="checkbox"/>	
COMPORTEMENT	Adapté <input type="checkbox"/>	Calme <input type="checkbox"/>	Ralentissement <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/>

* à préciser

Fait à :, le :
 Nom :
 Signature :

PRIMEROSE	Enregistrement	Doc : E-REA-ACC-03-02-02
		Version : 4
	Bulletin d'admission	Date : 17/05/2016
		Page 1 / 2

BULLETIN D'ADMISSION

NOM MARITAL Prénoms

Nom de jeune fille Né(e) le

Marié(e) Divorc(é) Veuf(ve) Célibataire

Adresse

Code postal Ville Tél

Date d'entrée souhaitée

Chambre à 2 lits Chambre particulière* avec TV oui non (faire une croix dans la case de votre choix)
avec téléphone oui non

* avec supplément, à régler par le patient si non pris en charge par la complémentaire.

Les serviettes de toilettes ne sont pas fournies par l'établissement

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT - Photocopie de l'attestation papier d'assuré social à jour
- Photocopie de l'attestation papier de la carte de mutuelle à jour
- Photocopie de la pièce d'identité
- 3 timbres

Personnes à prévenir en cas de nécessité

1°) NOM Prénoms

Lien de parenté Tél Ville :

2°) NOM Prénoms

Lien de parenté Tél Ville :

Société de transport sanitaire Tél :

Médecin traitant Tél

Ville

==> TSVP

PRIMEROSE	Enregistrement	Doc : E-REA-ACC-03-02-02
		Version : 4
	Bulletin d'admission	Date : 17/05/2016
		Page 2 / 2

Attestation de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

atteste désigner ce jour comme **Personne de confiance**, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique :

*Nom :

*Prénom :

Adresse :

*Téléphone :

e-mail :

**obligatoire*

J'ai bien noté que la personne de confiance, désignée ci-dessus, aura pour rôle :

- à ma demande, de m'accompagner dans mes démarches et/ou d'assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- le cas échéant, d'être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de les exprimer : OUI NON

si oui : elle possède un exemplaire de mes directives anticipées OUI NON

Je suis également conscient(e) que dans le cadre de cette mission, la personne de confiance désignée ci-dessus pourra être destinataire d'informations médicales me concernant.

Je suis informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation et de la possibilité de révoquer de cette personne de confiance à tout moment.

Je me charge d'informer ma personne de confiance de cette désignation et de sa mission dans ce cadre et de lui indiquer que ses coordonnées seront transmises aux professionnels de santé concernés.

Fait le :
Signature du patient :

Fait le :
Signature de la personne de confiance
(recommandée)