

FICHE DE PRE-ADMISSION

(à signer obligatoirement par le médecin adresseur)



Nom : Prénom : Âge : ans
 Adresse :
 Personne à contacter :
 Régime de couverture sociale :
 Tutelle / Curatelle * :
 Mutuelle complémentaire :
 Forfait journalier
 Chambre particulière

* rayer la mention inutile et ajouter le nom + adresse si besoin - merci

AUTONOMIE	SANS AIDE	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Alimentation			
Toilette			
Lever			
Marche			
Habillage			
Respiration			
Contenance			
Communication			

Fauteuil roulant : oui non
 Escarres : oui non
 Autres plaies : oui non
 Si oui lesquelles :

 Comportement - relationnel :
 Régime :
 Poids :
 IMC :
 Variance de poids : oui non
 O² : oui non
 Contention : oui non
 Rééducation : oui non Si oui laquelle :

PRESCRIPTEUR

Établissement :
 Service :
 Médecin prescripteur :
 Médecin traitant : ☎ :

Signature
+cachet
+date

ANTECEDENTS - ALLERGIES - INTOLERANCES MEDICAMENTEUSES

.....
 Infection associée aux soins détectée :
 Présence de BMR détectée :

DIAGNOSTIC ou ETAT CLINIQUE motivant l'admission en SSR

.....

PROJET DE SOINS - OBJECTIFS - SURVEILLANCES PARTICULIERES

.....

DEVENIR (après séjour en SSR)

Long séjour : oui non Demande faite : oui non
 Maison de retraite : oui non Demande faite : oui non
 Retour domicile : oui non

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA PRESCRIPTION
 MEDICAMENTEUSE EN COURS ET LE COMPTE RENDU
 D'HOSPITALISATION OU LE COMPTE RENDU OPERATOIRE**

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS

.....

