

# 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  
 O<sup>2</sup> :  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

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