



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (ou ETIQUETTES)

NOM : Prénom : Né(e) le :

N° S.S. : / Sexe : M F

Situation familiale : marié(e) célibataire divorcé(e) veuf(ve) union libre

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : ☎ :

ORGANISME DE PRISE EN CHARGE : MUTUELLE :

ACCIDENT DU TRAVAIL : OUI NON

**Pièces à transmettre en même temps que la fiche de préadmission :
 photocopie carte d'identité + attestation carte vitale + attestation
 mutuelle**

----- **DEMANDEUR** -----

ETABLISSEMENT : SERVICE :

NOM DU CADRE DE SANTE : ☎ :

NOM DU MEDECIN : ☎ :

NOM DE L'ASSISTANTE SOCIALE : ☎ :

----- **OBJECTIF DE LA DEMANDE** -----

MOTIF MEDICAL :

Date d'entrée demandée : Chambre particulière demandée : OUI NON

----- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** -----

MEDECIN TRAITANT : ☎ :

ANTECEDENTS :

DIAGNOSTIC :

Hospitalisation en rapport avec une ALD : OUI NON POIDS : TAILLE :

A subi une intervention chirurgicale : OUI date : NON

Type d'intervention subie :

Déficience motrice : OUI NON si oui : hémiplégié - paraplégie - tétraplégie - autres :

Merci d'indiquer ci-dessous le traitement à jour :

TRAITEMENT A PREVOIR / MEDICATIONS	Traitement	Rythme des séances
.....	Radiothérapie <input type="checkbox"/>	
.....	Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	
.....	Dialyse <input type="checkbox"/>	
.....	Perfusion <input type="checkbox"/>	
.....	Autres <input type="checkbox"/>	Dates prévues :
.....	Consultations de spécialité <input type="checkbox"/>	

Contagieux : OUI NON si OUI, préciser (BMR...) :

Divers : Pansements OUI NON si OUI, stade de gravité : Localisation :
 (escarres...) Protocole :

Autres :



Dossier patient
Fiche médicale de préadmission
SSR POLYVALENT

Admissions :
 Tél. : 04 68 30 47 00
 Fax : 04 68 30 47 02
accueil@pole-sanitaire-cerdan.eu

Réf : I-DPA-08 V18
Date mise à jour :
 31/05/2023
 Page 2 sur 2

	OUI	NON	Précisions
Oxygène			Quantité :
Trachéo			
Ventilation assistée			
Allergie			Si oui, préciser :

----- **ETAT ACTUEL DU PATIENT** -----

Déplacements : Autonome semi-autonome dépendant
 Lit Déambulateur Fauteuil roulant Si oui : électrique manuel
 Lève-malade

Matériel : Traction Plan dur Matelas spécial Si oui, lequel :

Autre matériel :

Régime : OUI NON Si oui préciser : régime diabétique mixé eau gélifiée sans porc
 Autres :

	Toilette	Habillement	Alimentation	Transferts	Déplacements
Autonome					
Aide partielle					
Aide totale					

	Continent	Problème occasionnel	Incontinence	Précisions
Urine				
Selles				

	OUI	NON	OBSERVATIONS
Obésité majeure			Si oui, préciser : Poids Taille
Prothèse (pace-maker, ...)			Si oui, préciser :
Troubles de la communication			
Bonne expression			
Bonne compréhension			
Troubles sensoriels			
	Cécité <input type="checkbox"/>		Surdité <input type="checkbox"/>
Troubles du comportement			
Agitation <input type="checkbox"/> Dépressif <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Perte de mémoire <input type="checkbox"/> Tabac : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Alcool : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Autres dépendances			
Troubles de la déglutition			
Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Fausses routes <input type="checkbox"/> Nutrition : entérale <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/> Autres problèmes <input type="checkbox"/>			

----- **ENVIRONNEMENT DU PATIENT – RENSEIGNEMENTS SOCIAUX** -----

MODE DE VIE : seul(e) entouré(e) Conjoint autonome : OUI NON Directives anticipées :
 Soutien familial disponible : OUI NON Aide au domicile possible : OUI NON OUI NON
 Autres informations :

DEVENIR APRES SSR : RETOUR AU DOMICILE PROBABLE : OUI NON INCERTAIN Préciser :

PLACEMENT : temporaire définitif Démarches en cours :

Fait le : <i>Identification obligatoire</i> NOM MEDECIN REFERENT : Tél. : Mail :	(Signature et cachet)
--	-----------------------