

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION

Service demandé :

☐ Soins Palliatifs (USP/LISP) ☐ SSR Affections oncologiques ☐ SSR Affections respiratoires (RAR)

Nom usuel :	♦ Caisse d'assurance sociale :
Nom de naissance :	N° Matricule
Prénom :	
Né(e) le : Sexe :	♦ Assurance complémentaire :
	N° Adhérent :
Adresse :	
☎ <u>Personne à prévenir</u> :	♦ Chambre individuelle : ☐ Oui ☐ Non
Nom :	♦ Prise en charge par la mutuelle : ☐ Oui ☐ Non
☎	
Religion :	
Contexte social :	

PROVENANCE

☐ Domicile Médecin traitant :

☐ Service hospitalier : Médecin adresseur :
Hospitalisé(e) depuis le : Médecin traitant :

Date d'admission souhaitée :/...../..... Durée probable du séjour :

Devenir après le séjour :

MOTIF D'ADMISSION :

Personne connue de l'établissement d'accueil : ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENT

ANTECEDENTS

DISPOSITIFS MEDICAUX

☐ Assistance respiratoire / O ²	☐ Matériel de ventilation
☐ Canule trachéale - Présence d'un 2 ^{ème} jeu ?	☐ Oui ☐ Non - Référence :
☐ PCA ☐ Stomies	☐ Matelas escarre
☐ Autres DM :	

AUTONOMIE A CE JOUR			
ALIMENTATION ET HYDRATATION		LOCOMOTION / MOBILISATION	
☐ Normale	☐ Gastrostomie	☐ Autonome	☐ Alitement permanent
☐ Mixée	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Levé au fauteuil
☐ Régime	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	☐ Escarre
☐ Sonde gastrique	☐ Aide totale	☐ Fauteuil roulant	☐ Risque de chute
HYGIENE ET CONFORT		ELIMINATION	
TOILETTE	HABILLAGE	URINES	SELLES
☐ Autonome	☐ Autonome	☐ Continent(e)	☐ Continent(e)
☐ Aide partielle	☐ Aide partielle	☐ Incontinent(e)	☐ Incontinent(e)
☐ Aide totale	☐ Aide totale	☐ Sonde	☐ Sonde
		☐ Autosondage	
COMPORTEMENT		HANDICAP SPECIFIQUE	
☐ Calme	☐ Confusion, troubles du langage	☐ Surdité	☐ Surcharge pondérale :kg
☐ Agité(e)	☐ Pas de trouble du comportement	☐ Troubles visuels	☐ Autres :

A compléter uniquement pour les demandes concernant le SSR RAR :

Bilan cardiaque obligatoire

Date du dernier bilan : Nom du cardiologue :

A compléter uniquement pour les demandes concernant l'USP, le LISP et le SSR ONCO :

Pourquoi le malade ne peut-il pas retourner   domicile ?

MALADIE			
o <u>Début de la maladie</u> :			
o <u>Localisation de la maladie</u> :			
o <u>Métastase</u> :			
o <u>Autres complications</u> :			
o <u>Traitements</u>			
• Chirurgie	☐ Oui	☐ Non	
• Radiothérapie	☐ Oui	☐ Non	☐ En cours ?
• Chimiothérapie	☐ Oui	☐ Non	☐ En cours ?
• Hormonothérapie	☐ Oui	☐ Non	☐ En cours ?
• Immunothérapie	☐ Oui	☐ Non	☐ En cours ?
• Abstention	☐ Oui	☐ Non	

SYMPTÔMES			
• Douleur	☐ Oui	☐ Non	
• Troubles psychologiques	☐ Oui	☐ Non	
• Troubles respiratoires	☐ Oui	☐ Non	
• OMS	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4

Le patient connaît-il son diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient connaît-il son pronostic ? ☐ Oui ☐ Non



ENTOURAGE DU PATIENT

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| • Famille | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • Amis | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • Accompagnant | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • Autre | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Lequel : |
| • Est-il informé du diagnostic ? | ☐ Oui | ☐ Non | |

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

Fiche médicale soumise au Dr

Avis médical : ☐ Oui ☐ Non Pour le motif suivant :

Service attribué : ☐ USP ☐ LISP ☐ SSR Affections oncologiques ☐ SSR Affections respiratoires

