

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION REEDUCATION DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

Merci de renseigner toutes les rubriques

Médecin Traitant :

Médecin spécialiste :

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : Sexe :

Adresse :

Personne à prévenir :

Nom :

Religion :

♦ Caisse d'assurance sociale :

N° Matricule.....

♦ Assurance complémentaire :

N° Adhérent :

Contexte social :

☐ vit seul

☐ vit en famille

☐ vit en structure

MOTIF D'ADMISSION :

Personne connue de l'établissement d'accueil : oui ☐ non ☐

PATHOLOGIES ASSOCIEES :

ANTECEDENTS :

RISQUE THROMBOEMBOLIQUE :

Bilan cardiaque obligatoire datant de moins de 6 mois (autorisation de séjour validée par le cardiologue - certificat médical).

Date du dernier bilan : Nom du cardiologue :

SYMPTOMES D'INCONFORT :	ETAT INFECTIEUX :
☐ dyspnée ☐ douleur ☐ asthénie ☐ autres :	
Assistance respiratoire / O2 ☐ Matériel de ventilation ☐	
TRAITEMENT :	

AUTONOMIE A CE JOUR :

ALIMENTATION et HYDRATATION :	
☐ normale	☐ gastrostomie
☐ mixée	☐ autonome
☐ régime	☐ aide partielle
☐ sonde gastrique	☐ aide totale

LOCOMOTION / MOBILISATION :	
☐ autonome	☐ alitement permanent
☐ aide partielle	☐ levé au fauteuil
☐ aide totale	☐ escarre
☐ fauteuil roulant	☐ risque de chute
Périmètre de marche seul :	

COMPORTEMENT :	
☐ calme	☐ confusion troubles langage
☐ agité(e)	☐ pas de trouble du comportement

ELIMINATION :	
URINES	SELLES
☐ continent(e)	☐ continent(e)
☐ incontinent(e)	☐ incontinent(e)
☐ sonde	☐ sonde
☐ autosondage	

HYGIENE et CONFORT :	
TOILETTE	HABILLAGE
☐ autonome	☐ autonome
☐ aide partielle	☐ aide partielle
☐ aide totale	☐ aide totale

HANDICAPS SPECIFIQUES :	
☐ surdité	☐ surcharge pondérale :kg
☐ Troubles visuels	☐ autres :

Nom du Médecin :
Signature :

Fait le :
Cachet du service

Cadre réservé à l  quipe médicale du Centre Médical Annie-Enia

♦ Fiche médicale soumise au Dr..... ♦ Avis médical ☐ oui ☐ non pour le motif suivant :
--

