

FICHE MEDICALE DE PRE-ADMISSION

Service demandé : **SSR Digestif-Nutrition**

☐ HOSPITALISATION COMPLETE

☐ HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

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

PROVENANCE

☐ Domicile Médecin traitant :
Médecin spécialiste référent :

☐ 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 notre établissement : ☐ Oui ☐ Non

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

TRAITEMENTS

ANTECEDENTS

--	--

DISPOSITIFS MEDICAUX

☐ Assistance respiratoire / O ²	☐ Matériel de ventilation
☐ PCA	☐ Oui ☐ Non - Référence :
☐ 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			
☐ Calme		☐ Confusion, troubles du langage	
☐ Agité(e)		☐ Pas de trouble du comportement	

A compléter OBLIGATOIREMENT.

Bilan cardiaque obligatoire (consultation de moins de 1 an – test d’effort) Date du dernier bilan : Nom du cardiologue :
--

HISTOIRE RECENTE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Suivi psychiatrique ☐ Oui ☐ Non Si oui nom du Médecin : Suivi psychologique ☐ Oui ☐ Non o Traitements Chirurgie bariatrique ☐ Oui ☐ Non ☐ Projet Poids : Taille :

SYMPTÔMES
• Douleur ☐ Oui ☐ Non
• Troubles psychologiques ☐ Oui ☐ Non
• Troubles respiratoires ☐ Oui ☐ Non
• Pansements complexes ☐ Oui ☐ Non
Si oui :
Localisation
Suivi :
Protocole :
.....

