

CRF FINOSELLO

Chemin du Finosello
20090 AJACCIO
Tel : 04 95 29 24 24
Fax : 04 95 29 24 04

FICHE DE PRE-ADMISSION

Pour les patients en provenance du domicile, l'original de ce document est à remettre impérativement à l'établissement et une copie doit être adressée à votre caisse de sécurité sociale

Dr GAFFORY, Médecin MPR
Dr PIERI, Médecin MPR
Dr BROGNIART, Médecin MPR
Dr ANTONINI, Médecin Cardiologue
Dr OLIVIERI, Médecin généraliste
Dr FERRACI, Médecin généraliste
Dr FRANCOIS E, Médecin de prévention/
Addictologue
Dr FRANCOIS R, Médecin Psychiatre

Choix de l'hospitalisation **Hospitalisation complète**

Nombre de jours :

 Hospitalisation de jour

Nombre de séances :

Chambre individuelle :

 Oui Non**Patient déjà venu au CRF du FINOSELLO** Oui Non

Pathologie relative à l'admission en rapport avec :

 ALD Art. 115 Accident de travail**Identité du patient**

Nom Prénom

Date de Naissance Sexe : H F

Adresse

Caisse d'affiliation

N° d'immatriculation Mutuelle :

DemandeurProvenance du patient : Domicile Clinique CH

Nom du médecin

Centre hospitalier / Clinique

Service Téléphone

Date d'entrée souhaitée

Motif d'admission

Pathologie motivant la demande :

Date d'intervention :

Maladie en cours :

Antécédents - allergies - comorbidités :

Etat clinique et son évolution :

Isolement/BMR Oui Non Identité du germe**Liste des médicaments** (joindre impérativement le traitement en cours)**Cadre de vie avant hospitalisation**Au domicile : En couple Vit seul AutreVoisinage/Proches : Entouré IsoléEn institution d'hébergement : Oui Non

Médecin Traitant (Nom et téléphone) :

Mesure de protection juridique : Oui Non

Coordonnées du Tuteur :

Dispositifs médicaux sociaux existants :

 Aides à domicile APA IDE-SSIAD-HAD CMP Autres

Personne à prévenir (Nom et téléphone) :

Choix du SSR

- SSR Affections du système Nerveux
 SSR Affections de l'Appareil Locomoteur
 SSR Affections Cardio-vasculaires
 SSR Affections liées aux Conduites addictives
 Autre (précisez)

Etat du patient

Autonomie à la marche sans aide aide partielle
Aide Technique avec canne avec déambulateur avec fauteuil roulant

Alimentation Sans aide aide partielle aide totale
- *alimentation entérale* oui non
- *alimentation parentérale* oui non
Préparation normale hachée mixée
Fausses routes solides liquides
Régime particulier oui non Diabète Sans sel

Toilette sans aide aide partielle aide totale
Contrôle sphinctérien urinaire oui non sondé
Contrôle sphinctérien anal oui non
Escarre oui non

Oxygénothérapie oui non
Repos : l/min
Effort : l/min

Appui autorisé
- *sur membre inférieur à droite* oui non
- *sur membre inférieur à gauche* oui non

Volontariat de sevrage oui non
(addictologie)

Projet de soins :

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

Types de rééducation proposés :

Prise en charge en psychologie oui non
Prise en charge en diététique oui non
Prise en charge en orthophonie oui non

Date de la demande

Signature et Cachet du médecin