

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 GALEANI, Médecin MPR
Dr VIREVIALLE, Médecin Gériatre
Dr ANTONINI, Médecin Cardiologue
Dr OLIVIERI, Médecin généraliste
Dr FRANCOIS, Médecin Psychiatre

Choix de l'hospitalisation

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

Chambre individuelle : Oui Non

Identité du patient

Nom Prénom

Date de Naissance Sexe : H F

Adresse

.....

Caisse d'affiliation

N° d'immatriculation ALD : Oui Non

Mutuelle : Accident de travail : Oui Non

Demandeur

Provenance 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 Autre

Voisinage/Proches : Entouré Isolé

En 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
Fausse 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....