

CRF FINOSELLO Chemin du Finosello 20090 AJACCIO Tel : 04 95 29 24 24 Fax : 04 95 29 24 04	<h2 style="margin: 0;">FICHE DE PRE-ADMISSION</h2> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 5px 0 0 0;"> 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 </p>	Dr GAFFORY, Médecin MPR Dr PIERI, 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

