

<b>CRF FINOSELLO</b> Chemin du Finosello 20090 AJACCIO Tel : 04 95 29 24 24 Fax : 04 95 29 24 04 <a href="mailto:Secretariat-medical@finosello.com">Secretariat-medical@finosello.com</a>	<h2>FICHE DE PRE-ADMISSION</h2> <p><b>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</b></p>	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

<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation complète</b> Nombre de jours : .....  Chambre individuelle : ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Patient déjà venu au CRF du FINOSELLO</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation de jour</b> Nombre de séances : .....  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pathologie relative à l'admission en rapport avec : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Art. 115 <input type="checkbox"/> Accident de travail
--	---	---

### Identité du patient

**Nom** ..... **Nom de naissance** .....  
**Prénom** ..... **Date de Naissance** ..... **Sexe** :  H     F  
**Numéro de tel** ..... **Adresse email** .....  
**Adresse** .....  
**Caisse d'affiliation** .....  
**N° d'immatriculation** ..... **Mutuelle** : .....

### Demandeur

Provenance du patient :  Domicile     Clinique .....  CH .....  
 Nom du médecin ..... **Centre hospitalier / Clinique** .....  
**Service** ..... **Téléphone** .....  
**Date d'entrée souhaitée** .....

**Antécédent de COVID-19**  OUI  NON (joindre passe sanitaire ou certificat de rétablissement)  
**Cycle vaccinal COVID-19** :  non vacciné     1 dose     2 doses     3 doses     rappel à réaliser  
**Le patient a-t-il été testé au COVID-19**  OUI  NON Si OUI, Date du test                      Résultats :

### 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  
**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**