

CRF DU FINOSELLO

FICHE DE PRE-ADMISSION

Réadaptation cardiovasculaire et respiratoire

CRF FINOSELLO - Chemin du Finosello - 20090 AJACCIO
Tel : 04 95 29 24 24 - Fax : 04 95 29 24 04 -
@ : Secretariat-medical@finosello.com

Equipe Médicale :

- Médecins MPR
- Médecin cardiologue
- Médecins généralistes
- Médecins psychiatres/ addictologues

L'original de ce document est à remettre **impérativement** au CRF du FINOSELLO
Une copie doit **OBLIGATOIREMENT** être adressée à votre caisse de sécurité sociale si vous êtes affilié à la caisse
d'assurance maladie de la RATP, à la CAMIEG ou pour un **Accident de Travail (AT)**

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 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 Autre
Nom du médecin N° de téléphone
 Cardiologue Médecin généraliste Pneumologue Autre
Service Téléphone
Le patient est-il informé du contenu du programme ? Oui Non

Motif d'admission

Pathologie motivant la demande / Etat clinique et son évolution :
Antécédents - allergies - comorbidités / Maladie en cours :
Date d'intervention :
Isolement/BMR Oui Non Identité du germe

Liste des médicaments (joindre **impérativement** le traitement en cours)

Motif de Réadaptation

Coronarien Insuffisant cardiaque Chirurgie cardiaque Respiratoire

Informations médicales

Résultats Coronarographie
Résultat Echographie cardiaque FEVG % PAP mmHg Valves
Résultats Electrocardiogramme (RS, Bloc de branche, Pace Maker...)
Résultats Biologie (Hb, BNP, DFG, CRP, Iono)
Etat Respiratoire Oxygène Aérosol VNI PPC
- Date de l'arrêt de l'O2 :
Repos : l/min
Effort : l/min

Données obligatoires

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) :

Démarches sociales en cours :

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

- *Date du dernier retrait de sondage* :

Contrôle sphinctérien anal oui non
Escarre oui non

Etat psychique Désorienté Dépressif Agité Apathique
Volontariat de sevrage (addictologie) oui non

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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CRF du Finosello pour la gestion de votre dossier de préadmission. La base légale du traitement est l'exécution de mesures contractuelles ou précontractuelles conformément à l'article 6.1.b du RGPD.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service interne du CRF du Finosello. Les données sont conservées pour une période de 10 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez enfin exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : raq@finosello.com ou Centre de réadaptation fonctionnelle et motrice du Finosello, Chemin du Finosello, 20090 AJACCIO. (ENR163-v4)