

DOSSIER DE DEMANDE DE PRE-ADMISSION A COMPLETER PAR LE PATIENT

IDENTIFICATION DU PATIENT :

NOM : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Téléphone :
 Numéro Sécurité Sociale : Centre de paiement :
 ALD ou 100 % CMU AME
 Mutuelle : Numéro d'adhérent :
 Personne à prévenir :
 Chambre particulière souhaitée : OUI NON

Si le patient ne réside pas dans le département des Alpes-Maritimes et vient du domicile ou ne dépend pas du régime général, veuillez demander une entente préalable pour la prise en charge de la Sécurité Sociale.

DOSSIER DE DEMANDE DE PRE-ADMISSION A COMPLETER PAR LE MEDECIN

TYPE D'HOSPITALISATION : HOSPITALISATION COMPLETE HOPITAL DE JOUR

NOM - Prénom médecin traitant ou adresseur : Téléphone :

Diagnostic : Date d'intervention :

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

Antécédents :	Poids :
	Taille :
	Age :

Traitement médical en cours :

.....

Objectifs du séjour :

.....

Allergies :

Portage BMR : OUI NON Site d'infection : Type de PCH.....

Portage BHRe : OUI NON

SITUATION SOCIALE AVANT L'HOSPITALISATION :

- Seul (e) En couple Autre (à préciser).....
- Aide-ménagère Auxiliaire de vie Repas à domicile HAD
- Sous tutelle Nom du tuteur : Téléphone tuteur :

DEVENIR A LA SORTIE

- Retour domicile Long séjour Autre (à préciser)

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ACTUELLE DU PATIENT

Marche : seul avec canne avec déambulateur aide humaine levé au fauteuil alité

Transfert : seul à stimuler besoin d'aide lève-malade

Déplacement à l'intérieur : sans aide aide partielle aide totale FR manuel FR électrique

Déplacement à l'extérieur : sans aide aide partielle aide totale FR manuel FR électrique

Alimentation : seul aide partielle aide totale stimulation trouble déglutition alimentation parentérale

Régime médical :

Régime non médical :

Hygiène : seul aide partielle aide totale à la douche au lavabo au lit

Elimination :

Incontinence urinaire Jour OUI NON Nuit : OUI NON

Incontinence fécale Jour OUI NON Nuit : OUI NON

Incontinence nuit OUI NON

Sonde : OUI NON

Respiration : normale oxygène (litre/minute :.....) Trachéotomie Appareillage.....

Comportement : adapté agité anxiété dépression troubles du comportement

Orientation : normale désorienté confus risque de fugue

Etat sensoriel :

Vue : bon moyen faible appareillage

Ouïe : bon moyen faible appareillage

Communication : bon moyen faible troubles du langage

Etat cutané :

Escarres Localisation :

Plaies (préciser) :

Pansements (protocole et temps de soins) :

Date : Signature du médecin :