



**LE VALLESPIR**

Centre de Soins Médicaux  
et de Réadaptation



Accompagner  
et soigner

**AU CENTRE  
LE VALLESPIR**

**DOSSIER DE PRÉ ADMISSION  
Service Polyvalent**



UN GROUPE DE





## Centre le Vallespir

Centre de Soins Médicaux et de réadaptation  
230, Rue de la méditerranée  
66160 LE BOULOU  
FAX : 04 68 83 70 23

Technicienne d'admission : 04 68 83 70 82  
Secrétariat médical : 04 68 83 70 44  
Cadre de santé : 04 68 83 70 67

### ÉTABLISSEMENT OU MÉDECIN LIBÉRAL DEMANDEUR

Nom :

Service :

Téléphone :  Fax :

Médecin référent :  Téléphone :

Médecin traitant :  Téléphone :

### INFORMATIONS PATIENT

Nom :  Prénom :

Né(e) le :  Sexe : M  F

Adresse :

Téléphone :

N°d'immatriculation :

Organisme d'affiliation:

Conditions de vie antérieures à l'hospitalisation dans votre établissement :

Seul, à domicile       En famille       En institution

Souhaits du patient : .....

Souhaits de l'entourage : .....

Démarches sociales entreprises : .....

Nom de l'assistante sociale :

qui suit le dossier

Téléphone :



## OBJECTIF DU SEJOUR

Soins de Suite      Motif du séjour : .....

Soins Palliatifs      Décision commission pluridisciplinaire ?       Oui       Non

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Histoire de la maladie

Date d'entrée dans l'établissement demandeur :

Motif d'hospitalisation :

Suites simples :       Oui       Non

Si cancer évolutif, décision de RCP :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

IMC : .....

## Antécédents :

- .....
- .....
- .....

Infection en cours :  Non  Oui

- Germe : .....
- Site : .....
- Traitement : .....
- Date de début : .....

BMR :  Non  Oui

- Germe : .....
- Site : .....
- Traitement : .....
- Date de début : .....

## Traitement en cours :

PER OS	INJECTABLE

Oxygène :  Oui  Non Débit : ..... Durée/24h : .....

## Autonomie du patient :

- Etat général :  Bon  Moyen  Altéré
- Toilette :  Seul  Avec aide  Lit
- Marche :  Seul  Avec aide  fauteuil  Lit
- Comportement :  Orienté  DTS  Fugue  Agité
- Elimination :  Continent  Péniflow  Change complet
- Stomie  Sonde vésicale : date de pose : .....

## Alimentation :

- Seul :  Oui  Non
- Régime :  Oui  Non Type : .....
- Dénutrition connue :  Oui  Non

Traitement : .....

- Nutrition entérale : - Per os :  Oui  Non
- - Gastrostomie :  Oui  Non
- - Jéjunostomie :  Oui  Non
- Nutrition parentérale :  Oui  Non

## Soins :

- Pansement :  Non  Oui

Localisation : ..... Type : .....

- Perfusion :  Oui  Non
- Si oui  VVC  Chambre implantable  KT périphérique

- Besoins complémentaires (Kiné...) :

Préciser.....  
.....  
.....

Date :  Fonction :

Signature :

## DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE

selon l'art, 1111-6 du code santé publique

Vous êtes admis en hospitalisation au centre de soins de suite «LE VALLESPIR» **La loi du 4 mars 2002** vous donne la possibilité lors de chaque hospitalisation de nommer une personne de confiance, celle-ci peut être un membre de ma famille, un ami ou le médecin traitant. A votre demande, elle vous accompagnera dans vos démarches au centre, pourra assister aux entretiens médicaux, et vous aider dans vos décisions médicales.

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et ce en dehors des situations d'urgence, elle pourra être consultée par l'équipe médicale, exprimera vos souhaits et recevra les informations médicales.

Vous devez obtenir son accord et l'informer que ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et informatique.

**Vous restez libre dans votre décision et pouvez à tout moment la révoquer.**

Je, soussigné(e):(nom, prénom, date de naissance)

Hospitalisé(e) au centre CSSR Le Vallespir au Boulou, déclare être majeur et avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

- L'état du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance
- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Je désire désigner comme personne de confiance

Précisez: Famille, ami, médecin traitant, je l'ai informé de sa désignation comme personne de confiance:

Nom :  Prénom :

Né(e) le :  Sexe : M  F

Adresse :

Téléphone :

Fait le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

**Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en utilisant la zone ci-après :**  
**Révocation de la personne de confiance**

Fait-le :  Signature du patient :