

**DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION**  
(Dossier à remplir par le médecin traitant ou médecin hospitalier)

Joindre à ce dossier d'admission une copie de la carte de sécurité sociale, de la carte de mutuelle et de la carte d'identité

Nom - prénom du patient : .....Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....☎.....

Médecin traitant (Nom prénom et tampon)		Motif d'hospitalisation	
Histoire de la maladie			
Antécédents			
Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques	
Conduites addictives		Allergies	
Traitement (posologie détaillée, joindre une ordonnance récente)			
-	-	-	-

## Bilan d'autonomie

**Poids : .....kg**

**Taille : .....m.....**

		Observations / Actions	Remarques
<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit  <input type="checkbox"/> Aide technique : <i>O Canne   O Béquille   O Déambulateur   O Fauteuil roulant</i>	
<b>Hygiène</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<b>Elimination</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<b>Incontinence</b>	<input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale  <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> Change complet <input type="checkbox"/> Anaform <input type="checkbox"/> Etui pénien taille : <input type="checkbox"/> Sonde à demeure CH : ..... <i>Date de pose de la sonde : ...../...../.....</i> <input type="checkbox"/> Stomie	
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Aide totale	Type de régime : ..... <input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <i>Date de pose de la sonde : ...../...../.....</i> <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	
<b>resp i rati</b>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Oxygène-dépendance	<input type="checkbox"/> Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> O2, débit : .....	
<b>Commu nication</b>	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution		
<b>Compor tement</b>	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Angoissé <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif		
<b>Sécurité</b>	<input type="checkbox"/> Risque d'escarres  <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Risque de chutes	<input type="checkbox"/> Prévention d'escarres <input type="checkbox"/> Matelas, type : ..... <input type="checkbox"/> Coussin type : .....  <input type="checkbox"/> Contention physique : <i>O Au fauteuil   O Au lit   O Barrières de lit</i>	
<b>Parti cula rités</b>	<input type="checkbox"/> Vision  <input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles  <input type="checkbox"/> Appareil auditif	
<b>Som meil</b>	<input type="checkbox"/> Dort bien <input type="checkbox"/> Réveils fréquents <input type="checkbox"/> Ne dort pas		

## DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION (Dossier à remplir par le patient ou famille)

Joindre à ce dossier d'admission une copie de la carte de sécurité sociale, de la carte de mutuelle et de la carte d'identité

### Patient

Nom: ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

☎ (fixe) ..... 📱 (portable) .....

N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ Caisse d'affiliation : .....

Adresse de la caisse : .....

Nom de la mutuelle : ..... Adresse : .....

..... ☎ .....

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)  concubinage

Profession : ..... Accident du travail ?  Oui  Non N° de l'A.T : .....

Devenir du patient :  retour à domicile  maison de retraite  long séjour  autre : .....

### Médecin traitant

Nom: ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ ..... 📄 .....

### Personnes à prévenir

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

☎ (fixe).....

📱 (portable) .....

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

☎ (fixe).....

📱 (portable) .....

### Le patient a désigné une ambulance de référence

Oui

Non

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

☎ ..... 📄 .....

### Suppléments hôteliers

Chambre particulière : 50€ / jour  Entretien du linge: 15€ / semaine  Télévision : 3.35€ /jour

Téléphone : 6€ d'ouverture de ligne puis selon utilisation