



FICHE D'ADMISSION

F064

20/11/2017

**Clinique SSR « LA PINEDE »**

23, chemin du Roussillon 82370 Saint-Nauphary

Tél : 05 63 24 62 62

Fax : 05 63 28 20 77

Courriel : accueil@clinique-pinede.fr

**ADMINISTRATIVE****DEMANDE D'ADMISSION EFFECTUEE PAR :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° de Tel : ..... N° de Fax : .....

 Médecin généraliste       Médecin spécialiste       Etablissement

Identification : .....

- Médecin
- Surveillante
- Assistante sociale    Service : .....
- Autres

**DEMANDE D'ADMISSION EFFECTUEE POUR :** M.    Mme    Melle      Date d'entrée souhaitée : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

**Secteur demandé : Hospitalisation de jour**  Polyvalent

- Neuro-vasculaire
- Cardiovasculaire + prise en charge neuropsychologique
- Cardiovasculaire + prise en charge diététique

Présence d'une contre-indication à la balnéothérapie : oui   
non **Hospitalisation complète :**  Polyvalent     Pneumo-ORL     Neuro-vasculaireLe patient souhaite-t-il une chambre particulière :       Oui       Non

Coordonnées de la Famille : .....

Cadre de vie :       Seul       Famille       Etablissement**Renseignements administratifs :**

N° Tel : .....

Adresse : .....

N° SS : .....

Régime général : .....      Droit ouverts :  Oui       Non       100%Régime complémentaire :     Mutuelle       CMU Complémentaire       Non

Si mutuelle :    Nom : .....    N° Tel : .....

Prise en charge de la **Chambre Particulière** :  Oui       Non      durée :      Montant :Prise en charge du **Forfait Hospitalier** :     Oui       Non      durée :      Montant :Prise en charge du **Ticket Modérateur** :     Oui       Non      durée :      Montant : Sous tutelle       Sous curatelle      Nom du tuteur ou du curateur : .....

## MEDICALE

NOM :	PRENOM :	Date de naissance :
-------	----------	---------------------

ANTECEDENTS MEDICAUX :	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :	ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

POIDS :	ALLERGIES :
---------	-------------

**DIAGNOSTIC MEDICAL :**

**PROJET MEDICAL :**

Dans le cadre de la continuité des soins, nous vous demandons de fournir **obligatoirement** une copie de l'ordonnance (FAX Pharmacie : 0563246287). Le cas échéant, nous serions dans l'obligation de reprogrammer l'admission.

<b>TRAITEMENT :</b>	<b>MEDICAMENTS A DELIVRANCE HOSPITALIERE :</b>
---------------------	--

**TRAITEMENT DOULEUR :**  
**INTENSITE (échelle de 1 à 10)**

<b>ETAT CLINIQUE ACTUEL :</b>				
Toilette :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Habillage :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Déplacement :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Alimentation :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Continence :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Comportement :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Relation :	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Assist. Partielle	<input type="checkbox"/> Assist. Totale
Régime Particulier :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) .....			
App. respiratoire :	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	
Infection :	<input type="checkbox"/> Germe : .....		<input type="checkbox"/> Siège : .....	
Etat cutané :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Ulcère de jambe	<input type="checkbox"/> Escarres
Etat psychomoteur :	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue
Organe sens :	<input type="checkbox"/> Mal voyant		<input type="checkbox"/> Mal entendant	
Stomies :	<input type="checkbox"/> Référence matériel : .....			
Matériel :	<input type="checkbox"/> Lit électrique	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> matelas anti-escarres
Néphrologie :	<input type="checkbox"/> Fistule Av		<input type="checkbox"/> Cathéter de canaud <input type="checkbox"/> Cathéter péritonéal	
Neurologie :	En cas d'AVC : <input type="checkbox"/> Côté Hémiparalysé droit <input type="checkbox"/> Côté Hémiparalysé gauche			

## PROJET SOCIAL

DEVENIR	
Personne vivant avec le ou la patient(e)	
Personnes ressources	
Caisse de retraite	
Assistante sociale	
Médecin traitant	
Intervenants paramédicaux	
IDE domicile	
Aides à domicile	
Nombre d'heures	
Portage repas	
Aides financières APA, CRAM....	
Matériel à domicile	
Autres renseignements	