



FICHE D'ADMISSION

F064

17/01/2024

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

PARTIE 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 : Droits 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 :

PARTIE MEDICALE

NOM:		PRENOM:	Date de naissance:
ANTECEDENTS MEDICAUX :		ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :	ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :
POIDS :	TAILLE :	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.

TRAITEMENT :	MEDICAMENTS A DELIVRANCE HOSPITALIERE :
---------------------	--

TRAITEMENT DOULEUR :
INTENSITE (échelle de 1 à 10)

ETAT CLINIQUE ACTUEL :				
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
Contenance :	<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			

PARTIE 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	