



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

<b>NOM:</b>		<b>PRENOM:</b>	<b>Date de naissance:</b>
<b>ANTECEDENTS MEDICAUX :</b>		<b>ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :</b>	<b>ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :</b>
<b>POIDS :</b>	<b>TAILLE :</b>	<b>ALLERGIES :</b>	

<b>DIAGNOSTIC MEDICAL :</b>
<b>PROJET MEDICAL :</b>

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>
---------------------	--

<b>TRAITEMENT DOULEUR :</b>
<b>INTENSITE (échelle de 1 à 10)</b>

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

## PARTIE PROJET SOCIAL

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