Tel : 05 62 91 49 13
De 8h30 à 12h00 du lundi au vendredi

FICHE DE PREADMISSION SSR

A retourner
au service pré admission
par Fax : 05 62 91 49 04
ou **par courrier 2 rue des Pyrénées 65 200 ASTUGUE**

Date de la demande : ..... Date souhaitée d'admission : .....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Le patient :
Nom patronymique :
Prénom :
Né (e) le : à
Adresse du patient :.....
.....
.....
.....

N° téléphone du patient :

N° de téléphone de la personne à prévenir :
Lien de parenté :

Caisse d'affiliation :
Mutuelle :
N°SS :

Le demandeur :

Nom du médecin demandeur :
Nom du médecin traitant :
Domicile :

Nom du curateur/tuteur :
N° de téléphone :

Pharmacie de ville du patient :

IMPORTANT : Vos cartes d'identité, mutuelle et vitale sont nécessaires lors de votre admission.
Merci de les présenter à ce moment-là.

Bénéficiaire CMU : ☐ Oui, date de fin de la prise en charge : ..... ☐ Non

CONDITIONS DE VIE AVANT HOSPITALISATION

☐ veuf(ve) ☐ marié (e) ☐ célibataire ☐ divorcé (e) ☐ pacsé ☐ vit seul ☐ vit en famille

☐ protection juridique, si oui précisez :.....

☐ Suivi psychiatrique et ou psychologique , si oui précisez :.....

Dernière profession exercée : .....

Situation actuelle : ☐ salarié ☐ retraité ☐ profession indépendante ☐ sans emploi ☐ autre

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (VENIR AVEC VOTRE DERNIERE ORDONNANCE MEDICALE et LE COURRIER DE VOTRE MEDECIN TRAITANT JUSTIFIANT LA DEMANDE DE SEJOUR)

Motif d'hospitalisation : .....
.....

Pathologies associées :.....

Objectifs thérapeutiques : .....
.....

Traitements médicamenteux en cours (ou photocopie du traitement en cours) :.....
.....
.....

Poids : ..... Allergies connues : .....

Régime particulier (sans sel, sans porc, diabétique,…) :.....

PROJET DE SORTIE :

☐ Retour à domicile simple ☐ Organisation de placement (EHPAD/USLD, famille d'accueil)

☐ Retour domicile avec aides ☐ HAD

☐ Intervention du service social déjà en cours (joindre fiche) ☐ autre : .....

Observations :.....

SOUHAIT CONCERNANT LA CHAMBRE :	LINGE DE TOILETTE/LINGE DE CORPS:
☐ Chambre particulière * ☐ Chambre double * : *37euros /jour si pas de prise en charge mutuelle.*	**Serviettes de toilette, gants, serviettes de table, chemises de nuit ou pyjamas, petite lingerie, ne sont pas fournis par l'Hôpital. Possibilité d'acheter un pack nécessaire de toilette et/ou serviettes de bain et gants.** **Une laverie est à votre disposition.**

CAPACITE ET AUTONOMIE DE LA PERSONNE :

Toilette/habillage	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Mobilité / transfert	☐ Valide	☐ Station assise	☐ Avec aide partielle	☐ Aide totale
Aide technique	☐ Canne	☐ Déambulateur	☐ Fauteuil roulant	
Comportement	☐ Cohérent	☐ Confus	☐ Agité	☐ Contention physique
Orientation	☐ Orienté	☐ Déambulant	☐ Fugueur	
Prise des repas	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Alimentation	☐ Normale	☐ Fausse route	☐ Sonde gastrique	☐ Dénutrition
Elimination urine	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ Sonde urinaire	☐ Stomie
Elimination selles	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ Stomie	
Respiration	☐ Autonome	☐ Dyspnée	☐ Oxygène ☐ Ventilation	☐ Trachéo
Communication	☐ Cécité	☐ Surdité	☐ Appareillage, lequel :	
Autres	☐ BMR	☐ Plaies	☐ Escarres	
Soins techniques	☐ Perfusion	☐ Port à cath	☐ Pansements complexes	☐ Autres
Séances de kinésithérapie	☐ Rééducation fonctionnelle spécifique. Préciser :			☐ Réadaptation
Douleur	☐ Pompe à morphine	☐ Matelas anti escarre		☐ Autres
Observations diverses :				

Signature et cachet du médecin du service demandeur :