



BP 41
01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Unités :

INTER - ALBARINE - BELLECOMBE

Contact : Cadre de santé

Téléphone :

Télécopie :

DOSSIER DE PRE-ADMISSION**Date de la demande :****NOM****Prénom****AGE**Séjour antérieur :

Unité

Date

PROVENANCE DU PATIENT **Etablissement Hospitalier :**

. Service

. Nom, N° de téléphone et de télécopie de la personne demandant l'admission

 Domicile :

Médecin prescripteur :

Demande de prise en charge faite : OUI NON**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Date de naissance :

Sexe :

Situation de famille :

Nom de jeune fille :

Adresse et téléphone :

Situation professionnelle : Actif Assedic Invalidité A.A.H. R.M.I. Autres
 Retraite à préciser

Personnes à prévenir (2 si possible)

	1ere personne	2 ^{ème} personne
Nom prénom		
qualité		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		

Personne interdite d'accès au dossier :Organismes de prise en charge :

N° d'immatriculation :

Sécurité sociale ou autre régime – adresse

 K≥50 ALD E 112 Mutuelle ou C.M.U. Assurance privée PayantLa personne (ou son représentant légal) est-elle informée du séjour envisagé ? OUI NON

Est-elle consentante ?

 OUI NONProtection juridique : Tutelle Curatelle en cours

Ce document se rapporte à la procédure « Pré-Admission » ACI/01/P/001 V. 3 et ACI/01/E/001 V.2

NOM**Prénom****RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**Motif d'hospitalisation (raisons médicales justifiant cette demande) –Antécédents médicaux**Date d'entrée souhaitée** Toxicomanie

Si arrêt depuis quelle date ?

 – traitement de substitution Subutex Méthadone

Posologie

 – traitement psychotrope

Lesquels :

 Hépatite B Hépatite C VIH Problème infectieux, BMR Creutzfeldt-Jakob Allergie, laquelle ? Transfusion Voie d'abord périphérique veineuse centrale chambre implantableTraitement actuel et voie d'administration, antibiothérapie :

Indication de rééducation :

 kinésithérapie orthophonie ergothérapie

Indication de prise en charge :

 psychologue psychiatre

NOM**BILAN ET SOINS DE LA PERSONNE**Alimentation :

- artificielle parentérale entérale
 mange seul avec aide
 régime lequel ?
 prothèse dentaire haut bas

Texture :

- normale moulinée mixée

Conduites alimentaires particulières (religion, allergie etc...)

Toilette :

- Sans aide
 Aide partielle
 Aide totale

Habillage

-

Incontinence :

- oui non
 urinaire
 anale
 totale

- Sondages intermittents
 SAD
 Urétérostomie
 Stomie

Transferts et déplacements :

- Lit strict
 Autonome
 Fauteuil roulant
 électrique
 commande à droite
 commande à gauche
 Cadre Cannes
 Aide
 à la marche
 aux transferts

Appareillage

	Membres sup.	Membres inf.
Immobilisation		
Orthèse		
Prothèse		
Fixateur externe		
Appui autorisé		
Traction		

PrénomFonctions supérieures

- lucide
 troubles de la mémoire DTS
 déambulation
 fugues
 syndrome dépressif ou psychiatrique
 agitation nocturne

Organes des sens

- Vue lunettes prothèse
 Ouïe prothèse

Surveillance et soins infirmiers

- aucun soin infirmier
 soins d'escarres
 pansements
 gastrostomie
 surveillance de troubles psychiques
 chutes répétées
 oxygène et débit
 insuffisance respiratoire sévère
 aérosols
 ventilation non invasive
 trachéotomie
 respirateur
 aspiration trachéale
 autres (à préciser)

Langue et religion

Le patient parle-t-il le français ? OUI NON

Langue parlée :

Religion :

Devenir du patient, envisageable, à l'issue du séjour :

Des démarches sont-elles engagées : lesquelles ?