CLINIQUE LA PAGERIE
SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUE
Chemin des Rascous
13190 ALLAUCH
TEL 04 91 05 52 52 – FAX 04 91 05 23 09
medicalpagerie@jcmsante.com
www.clinique-lapagerie.com

FICHE DE PREADMISSION

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR :

NOM : ……...…… FONCTION : ……
N° de téléphone : …….. N° de fax : ……..….

Etablissement demandeur : …….
Nom du médecin demandeur : …….
Service de provenance : ……
N° de téléphone : …….. N° de fax : ……..….

Nom du patient : …… Prénom : …….
Nom de jeune fille : ……..
Adresse : ……...
……

Date et lieu de naissance : ……..... Age : …….
Situation familiale : ……..…… Nationalité : ……
Numéro de Sécurité Sociale : ……..
Centre Payeur : ……
Mutuelle : ……..

ALD : oui ☐ non ☐

Prise en charge 100% : oui ☐ non ☐

Chambre particulière demandée : oui ☐ non ☐

Date d'admission souhaitée : …….

Personne à prévenir (en cas d'urgence) : …… N° de tél : ……

Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions de soins) : …….
Lien de parenté : ……..
Devenir envisagé après l'établissement de Soins de Suite :
……

La décision d'admission ne sera prise en « Commission d'Admissions » qu'au vu de ce questionnaire correctement renseigné ; le corps médical pourra vous demander des informations complémentaires afin d'assurer que notre structure soit en mesure de réaliser la prise en charge efficiente du patient. Dans le cas contraire, l'établissement sera au regret de ne pouvoir vous communiquer une réponse positive à l'admission. La date d'entrée sera fixée à la réception de la prise en charge et en fonction des dates disponibles.
A son entrée, le patient doit être en possession de sa carte vitale et sa carte mutuelle mises à jour, ou à défaut prévoir le règlement du séjour. L'établissement s'engage à traiter votre demande au plus tôt.
Pour rappel les admissions s'effectuent de 13h à 17h du lundi au vendredi.
Afin d'assurer la meilleure continuité des soins, nous vous prions de bien vouloir nous transmettre, lors de l'admission, les documents suivants : lettre et ordonnance de sortie de l'établissement, copie du protocole opératoire, compte-rendu et/ou copie des derniers examens et analyses, nature des examens, des analyses et des consultations externes à effectuer, fournir le dispositif médical spécial et médicaments pour 24 heures, le bulletin de situation du patient.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE PREADMISSION

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR :

NOM : ……..…… Fonction : ……..……
N° de téléphone : …… N° de fax : …….

Nom du patient : ……. Prénom : ……

Diagnostic motivant la demande d'hospitalisation en Soins de Suite :
……
……

Pathologie(s) associée(s) : ……..……
……
Antécédents médicaux : …… Antécédents chirurgicaux : ……..…

Traitement en cours et posologie : ……..…….
Poids : …….. Taille : …… T.A : ……..

Le patient a-t-il pris des dispositions en rapport avec la loi LEONETTI relative aux droits des malades et à la fin de vie (Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 parue au JO n°95 du 23.04.05 rectifiée au JO n°116 du 20.05.05). Si oui, lesquelles – directives anticipées :
……
……

- **Etat actuel et charge en soins infirmier :**

Motricité	Sphincters	Comportement	Soins	Autres
Ambulatoire ☐	Incontinence urinaire totale ☐ Incontinence urinaire partielle ☐	Normal ☐ Légèrement déprimé ou anxieux ☐	Toilette à faire ☐ Aide à la toilette ☐	TB du langage ☐ Cécité totale ☐ Cécité partielle ☐
Ambulatoire avec aide ☐	Sonde à demeure ☐	Somnolent ☐ Passivité ☐	Pansement ☐	Sonde naso gastrique ☐
Grabataire + fauteuil ☐	Incontinence anale ☐	Désorienté ☐	Escarres localisation ☐	Sonde gastro ou jejunostomie ☐
Grabataire + lit ☐	Colostomie ☐	Agité ☐	Brûlures Localisation ☐	Régime ☐
Appuis autorisés ☐ Sans appuis ☐	Gastrostomie ☐	Agressif ☐		Aide à Régime l'alimentation ☐
Peut monter les escaliers seul ☐		Dément ☐	Oxygène ☐ Aérosols ☐	Mange seul ☐
Ne peut monter les escaliers seuls ☐		Tb mnésiques ☐	Nursing particulier ☐	BMR ☐
			Canule ☐	Surdité ☐

SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERES :

- Appareillage : ……..…… Soins particuliers : ……..…… ……..……
- Prothèse(s) : ……..…… Oxygénothérapie : ……
- Pacemaker : ……..…… Colostomie : ……..…
- Pompe à morphine : ……..…… Gastrostomie : ……..
- Pompe à insuline : …….. Urétérostomie : ……..
- Autre : …….. Trachéostomie : …….

Chimiothérapie en cours : ……..……..
Radiothérapie en cours : …….

Pour les affections orthopédiques : appui : oui ☐ non ☐ Autres renseignements : …….