

**QUESTIONNAIRE DE PRÉ ADMISSION**

À adresser par FAX au 04.42.17.50.19

Tél. Service des Admissions : 04.42.17.50.11

**ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date d'admission souhaitée : le     /     /

Chambre particulière (sous réserve de disponibilité) :    Oui     Non

**DIAGNOSTIC D'ADMISSION :** \_\_\_\_\_

Date de survenue :     /     /     (ou Date et nature de l'intervention) \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS IMPORTANTS :** \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT SPECIFIQUE** (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie...) : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT ONEREUX :** Oui  Non  *Si oui, à préciser :* \_\_\_\_\_

**INFECTION NOSOCOMIALE :** Oui  Non

**Site :** \_\_\_\_\_ **Germe :** \_\_\_\_\_ *Si oui, joindre l'antibiogramme*

**TRAITEMENT / POSOLOGIES :** \_\_\_\_\_

**POIDS :** \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION ACTUELLE**

<b><u>Motricité</u></b>	<b><u>Habillage/Toilette</u></b>	<b><u>Alimentation</u></b>	<b><u>Élimination</u></b>
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Continence
<input type="checkbox"/> Marche avec aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire
<input type="checkbox"/> Lit + Fauteuil	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence anale
<input type="checkbox"/> Alitement		<input type="checkbox"/> Trouble déglutition	<input type="checkbox"/> Sonde à demeure
		<input type="checkbox"/> Sonde gastrique	<input type="checkbox"/> Colostomie
<b><u>Comportement</u></b>	<b><u>Troubles sensoriels</u></b>	<b><u>Etat cutané</u></b>	<b><u>Respiration</u></b>
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> Sain	<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Escarre	<input type="checkbox"/> Trachéotomie
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Aphasie		<input type="checkbox"/> O2

**DEVENIR**             Retour à domicile             Placement

*Il est impératif que le patient arrive au Centre avec son dossier médical complet (lettre, protocole opératoire, fiche de liaison IDE, radios...). En cas d'aggravation ou de modification significative de l'état de santé du patient, pensez à nous en informer. Les entrées des patients se font entre 11h30 et 15h00 maximum. Si toutefois cet horaire devait être dépassé pour des raisons exceptionnelles, le Centre ne pourra pas effectuer l'entrée d'un patient admis après 16h00.*