

FICHE DE PRE-ADMISSION¹

A compléter par l'établissement qui demande une admission pour son patient à la Clinique SAINT-ROCH.

Le/...../.....
Etablissement demandeur :
Interlocuteur : Service :
Téléphone : Télécopie :
Date d'admission souhaitée :

Renseignements administratifs et sociaux

Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
Adresse :
Coordonnées famille :
Mesures de protection : oui non en cours
Coordonnées du représentant légal:
Nom et prénom de l'assuré(e) :
Organisme de prise en charge : Mutuelle complémentaire :
N° immatriculation : ALD : oui non en cours
Motif de l'ALD :

Chambre individuelle : oui non

Conditions de vie antérieures à l'hospitalisation

Domicile Structure (préciser) :
Célibataire Avec conjoint(e) Veuf ou veuve
A des enfants Pas d'enfants
Aides à domicile : IDE Portage de repas
 Kiné Télé-assistance
 Aide ménagère APA

Devenir envisagé du patient

Démarches entreprises :
.....
.....

Nom et coordonnées de l'assistante sociale en charge du dossier :

Souhaits du patient et/ou de la famille :
.....
.....

¹ Cette fiche a été élaborée à partir du modèle des Hôpitaux de Toulouse

CLINIQUE SAINT-ROCH
31620 FRONTON

Soins de Suite et de Réadaptation

☎ 0826.302.303 - 📠 05.61.82.08.17 ✉ st.roch.clinique@orange.fr

Nom du patient : Prénom :

Degré d'autonomie

- **Alimentation** normale mixée moulinée régime (préciser) :
mange seul aide partielle (installer/couper)
aide totale allergies alimentaires
préciser :
sonde naso-gastrique alimentation parentérale
jéjunostomie gastrostomie
- **Toilette** autonome aide partielle aide totale
- **Habillage** autonome aide partielle aide totale
- **Contenance** continence incontinence anale incontinence urinaire
bassin pénilex sonde urinaire couche stomie
- **Soins cutanés** pansement protocole :
escarre localisation :
- **Couchage** matelas normal à eau à air
- **Déplacements** autonome peut se déplacer mais fatigué(e)
marche avec aide cannes déambulateur
fauteuil roulant
- **Transferts** autonome aide partielle aide totale
- **Escaliers** autonome aide partielle impossibilité
- **Ventilation** autonome oxygénothérapie (préciser) :
appareillage respiratoire type :
trachéotomie type de canule : Fréquence aspirations :
- **Troubles du comportement** oui non Si oui, préciser :
- **Troubles neurologiques** oui non Si oui, préciser :
- **Cohérence** oui non
- **Orientation dans le temps** oui non
- **Orientation dans l'espace** oui non

CLINIQUE SAINT-ROCH

31620 FRONTON

Soins de Suite et de Réadaptation

☎ 0826.302.303 - 📠 05.61.82.08.17 ✉ st.roch.clinique@orange.fr

Nom du patient : Prénom :

Renseignements médicaux

Le patient présente-t-il au moins un des critères d'éligibilité à une hospitalisation en SSR (critères de la CNAMTS listés ci-dessous) ?

- complications locales, régionales ou générales
- pathologies associées
- pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie au domicile en post-opératoire
- logement inaccessible
- score ASA ≥ 3
- difficultés de compréhension du patient lors de la consultation pré-opératoire à propos du geste chirurgical, des complications et des consignes post-opératoires

Motifs de l'hospitalisation - diagnostic (préciser date si AVP, AVC, ...) :
.....
.....
.....

Intervention chirurgicale : oui non Si oui, préciser nature et date :
.....
.....

Autres pathologies associées :
.....

Allergies connues :
.....

Statut infectieux : oui non identité du germe :
⇒ joindre antibiogramme SVP

Traitement actuel et prévisions :
.....
.....
.....
.....

Projet de soins :
.....
.....
.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom du médecin ayant rempli ce volet médical :

Date et signature du médecin :