

Fiche de préadmission médicale

Fiche de confirmation d'entrée

Reçue le :

(à renseigner par les Cliniques STER)

Renseignements administratifs PRESCRIPTEUR de SSR

Médecin libéral Tél :

Service hospitalier / clinique :

Service adresseur : Tél :

Renseignements administratifs PATIENT

Nom : Prénoms :

Date de naissance : Tél :

Adresse domicile :

Profession : Situation familiale :

Personne à prévenir :

Nom : Prénom : Tél :

Caisse d'affiliation : N° matricule :

Accident de travail : OUI NON Si oui, date de l'AT :

Mutuelle :

Garantie de non divulgation de présence : OUI NON

Environnement social PATIENT

Seul En couple En famille Foyer/institution/maison de retraite

SDF Autre

Sans aide à domicile Avec aide à domicile

Appartement RDC Nbre d'étages :

Ascenseur

Maison individuelle Plain pied Nbre de marches d'accès :

Nbre d'étages :

Distance habitation > 150 kms : OUI NON

Si oui, entente préalable à demander

Prescription médicale de SSR pour ce PATIENT

Pathologies :

Côté lésé ou opéré : Droit Gauche

Intervention chirurgicale NON OUI date de l'intervention :

Pathologies associées :

Spécialités concernées : Affections des brûlés et pathologies cutanées graves

Affections de l'appareil locomoteur

Objectifs de la prise en charge :

Cicatrisation (dirigée, greffes, brûlures...)

Evaluation

Prise en charge de la douleur

Soins médicaux

Education thérapeutique

Rééducation

Mise en place et ajustement de prothèse(s)

Réadaptation

Réinsertion

Données médicales PATIENT			Fiche de confirmation d'entrée (à renseigner par les Cliniques STER)
Niveau d'autonomie du patient :			
Mode de déplacement du patient :	<input type="checkbox"/> FR élec	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> Chariot plat <input type="checkbox"/> Marche autonome
Traction	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Type : (Merle d'Aubigné, attelle de bop, Rieunau)
Support spécial (matelas anti-escarre) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lequel :
Appareillage/communication - Présences de troubles de :			
Vision	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Audition	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Expression	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Compréhension/Etat psychologique			
Troubles cognitifs :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Troubles psychologiques :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Etat somatique			
Stabilisation :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Etat cutané (escarre) :			
VAC :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Présence de BMR ou BHR	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Laquelle ?	(chambre particulière : clostridium, BHR, précautions gouttelettes)		
Type d'isolement prescrit :			
Le patient a-t-il bénéficié d'un rapatriement sanitaire ou d'une hospitalisation à l'étranger dans l'année avant son admission ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Soins infirmiers			
Patient ventilé et/ou sous oxygène ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Nécessite-t-il d'être aspiré ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Nécessite-t-il un suivi cardiaque ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Le patient a-t-il posé quelque difficultés au cours de son séjour ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Le patient bénéficie-t-il d'un régime ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lequel ?
Traitements médicamenteux en cours			
Produits hospitaliers :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lesquels :
Le patient suit-il une antibiothérapie particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Laquelle ?			
Autres traitements :			
Date d'entrée souhaitée :	<input type="checkbox"/> à Lamalou	<input type="checkbox"/> à Saint-Clément-de-Rivière	
Placement direct :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Demande d'entente préalable :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Date d'entrée fixée :			
Chambre individuelle (avec supplément)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
			Entrée confirmée ?
			OUI NON
			Réalisé le
			Par