

## **DOSSIER DE PRE-ADMISSION**

HOSPITALISATION SOUHAITEE

- COMPLETE
- DE SEMAINE
- DE JOUR

***Ce document est à télécopier IMPERATIVEMENT  
au secrétariat médical de la Fédération de Médecine Physique  
au 01 34 79 44 49***

### **IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR**

HOPITAL : .....	Date de la demande :
SERVICE : .....	COORDONNEES DE L'ASSISTANTE SOCIALE :
MEDECIN REFERENT : .....	.....
☎ ..... télécopie : .....	.....

### **CONFIDENTIALITE**

Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'**usage exclusif** du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de **nous contacter immédiatement**.

**FICHE ADMINISTRATIVE**

**NOM :**

**PRENOM :**

**NOM DE JEUNE FILLE**

**DATE DE NAISSANCE :**

**LIEU DE NAISSANCE :**

**NATIONALITE :**

**SITUATION FAMILIALE :**

**NBRE ENFANTS :**

**PROFESSION :**

**EN ACTIVITE**  Oui  NON

**ADRESSE :**

**TELEPHONE DOMICILE :**

**PORTABLE :**

**COORDONNEES DE L'ORGANISME DE PRISE EN CHARGE**

**NUMERO IMMATRICULATION :**

**COORDONNEES DE MUTUELLE**

**COORDONNEES DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE :**

**En cas d'hospitalisation de semaine ou de jour, patient et / ou la famille peuvent – ils assurer les transports pendant le séjour ?**

Oui  NON

en cas d'impossibilité d'assurer par eux même les transports, ne pas oublier de faire une demande d'entente préalable auprès du centre de sécurité sociale pour transports professionnalisés (taxi, VSL, ambulance).

<p><b>FICHE MEDICALE</b></p>
------------------------------

Etiquette patient

Date :

**MOTIF D'HOSPITALISATION :**

**ANTECEDENTS :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

**INTERVENTION :**

• Type de matériel :

Date :

• Consignes (appui, verrouillage, corset, ...) :

**EVOLUTION** (post opératoire ou dans le service) :

**EXAMEN CLINIQUE :**

**ETAT NEUROLOGIQUE**

- Hémiplégie droite
- Hémiplégie gauche
- Paraplégie  Complète  
 Incomplète
- Tétraplégie  Complète  
 Incomplète
- Troubles de la marche
- Troubles de la coordination
- Autres  .....

**TROUBLES DES FONCTIONS SUPERIEURES**

- Aphasie
- Apraxie
- Désorientation temporo – spatiale
- Troubles mnésiques
- Héminégligence

**ETAT SENSORIEL**

- Vision
- Audition
- Troubles psychiatriques  à décrire .....

**TRAITEMENT :**

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Antibiotiques :**

**Anti-coagulants :**

**SOINS :**

Pansements

Traction

Plâtres

Fixateurs

	OUI	Date de pose	NON
Trachéotomie			
Gastrostomie			
Oxygène			
Sondages urinaires			

**DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :** \_\_\_\_\_



