



A2LFS

48100 ANTRENAS

Tél. 04 66 42 50 00 Fax 04 66 42 50 05

E-mail : contact@centre-antrenas.fr

SSR de pneumologie d'Antrenas

Route de Nasbinals - 48100 MARVEJOLS

Tél. 04 66 42 50 47 - Fax 04 66 42 50 05 E-

mail : contact@centre-antrenas.fr

Fiche Médicale d'Admission

CI Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

DATE D'ENTRÉE •

DATE DE SORTIE :

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT : **SEXE** :

NOM DE NAISSANCE :

Date et lieu de naissance :

ADRESSE COMPLÈTE :

Tél. :

Mail du patient ou d'un proche :

N° Sécurité Sociale :

TAUX DE PEC :

100% ALD

100% invalidité depuis le :

80% :

100% article 115

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Profession actuelle ou avant la retraite :

PROVENANCE (précisez le nom de l'établissement) :

Domicile

Hospitalisation court séjour :

Hospitalisation moyen séjour :

EHPAD

Nom, adresse et téléphone des personnes à contacter en cas d'urgence (veuillez inscrire deux contacts différents) :

1^{er} contact :

2^{ème} contact :

Nom, adresse et téléphone du tuteur ou curateur (si nécessaire) : ,,

Souhaitez-vous que votre présence au Centre soit tenue secrète ? : oui non

Signature du patient

	NOM ET PRÉNOM	ADRESSE	TÉL.
MÉDECIN TRAITANT			
MÉDECIN PNEUMOLOGUE			
MÉDECINS AUTRES			

PHARMACIE			
-----------	--	--	--

DATE DE LA DERNIÈRE INTERVENTION CHIRURGICALE :

DATE DE LA DERNIÈRE HOSPITALISATION :

DIAGNOSTIC ET HISTOIRE DE LA MALADIE :

MOTIFS D'ADMISSION :

mTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

ALLERGIES OU INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES :

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS RÉCEMMENT (dates et résultats) :

Radiographies - Scanner : .

Explorations fonctionnelles respiratoires :.....

Bilans biologiques : . .

Gazométries : .

TRAITEMENT EN COURS :

OXYGÉNOTHÉRAPIE :

..... l/mn - h/ 24h - depuis le.....

OXYGÉNOTHÉRAPIE DE DÉAMBULATION :

oui [2 non

Si vous possédez une unité portable d'oxygène (ex. companion), pensez à l'amener. Merci

VENTILATION ASSISTÉE (VNI, PPC) :

oui non

DIÉTÉTIQUE :

Régime suivi ou nécessaire :

Diabétique (DID ou DNID)

Sans sel

[2 Hypocholestérolémiant Hypocalorique

[2 Hypercalorique

Autres :

Alimentation : Normale Mixée [2 Hachée Entérale
Suppléments alimentaires : .

Poids :
: . Taille :

POINTS A SURVEILLER :

Cachet et Signature du Médecin

Tournez, S.V.P. - Merci

Grille d'autonomie

Hygiène :

- Peut se laver seul
- Doit être installé pour la toilette
- Aide limitée, soins d'une partie du corps, Doit être aidé (viande / fruit / boisson) coiffure
- Dépendance complète, toilette totale

Habillement :

- Seul
- Avec stimulation
- Avec aide partielle
- Nécessité aide totale

Alimentation .

- Peut s'alimenter seul
- [2 Doit être installé
- Quelqu'un en permanence pour le nourrir

Eliunination (urines / selles) .

- Autonome
- Troubles occasionnels
- Troubles fréquents
- Troubles permanents

Social.

Avez-vous une aide à domicile ?

Non

Oui

Précisez _____

Avez-vous un professionnel de santé qui intervient à votre domicile (infirmier, kiné...) ?

Non

Oui

Précisez •
.....

Locomotion :

Peut se déplacer seul

A besoin de l'aide d'une personne

A besoin de l'aide de deux personnes

Impotence complète

A L'ADMISSION, VEUILLEZ APPORTER :
les dernières ordonnances, radiographie pulmonaire, EPR,
ECG, examens biologiques, compte rendu hospitalier...
et votre traitement en cours (pour 24/48h).

mtfbitdz::

La date d'admission ne sera fixée qu'à réception du dossier médical complet.

Association reconnue d'utilité publique Décret J.-O. septembre 1930 - 8 mai 1960

ULISS

Sarthe 06321048