

CENTRE DE CONVALESCENCE SPECIALISÉ EN PNEUMOLOGIE 48100 ANTRENAS



Tél. 04.66.42.50.00 - Fax 04.66.32.33.67

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

A L'ADMISSION, VEUILLEZ APPORTER : les dernières ordonnances, radiographie pulmonaire, EFR, ECG, examens biologiques, compte rendu hospitalier... et votre traitement en cours.

ÉTIQUETTE DU PATIENT

DATE D'ENTRÉE :

DATE DE SORTIE :

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT : Sexe :

Date et lieu de naissance :

ADRESSE COMPLÈTE :

Tél. :

N° Sécurité Sociale :

TAUX DE PEC :

100% ALD

100% invalidité depuis le :

80% :

100% article 115

Nationalité :

Religion (facultatif) :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Profession actuelle ou avant la retraite :

PROVENANCE :

Hospitalisation court séjour (précisez le nom de l'établissement) :

Domicile

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

- 1^{er} contact :

- 2^{me} contact :

Nom, adresse et téléphone du tuteur ou curateur :

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

Signature du patient

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

Adresse :

Tél. :

MÉDECIN PNEUMOLOGUE

NOM :

Adresse :

Tél. :

MÉDECINS AUTRES

NOM :

Adresse :

Tél. :

DATE DE LA DERNIÈRE INTERVENTION CHIRURGICALE :

DATE DE LA DERNIÈRE HOSPITALISATION :

DIAGNOSTIC ET HISTOIRE DE LA MALADIE :

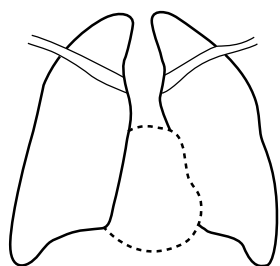


Schéma radiologique

MOTIFS D'ADMISSION :

AUTRES ANTÉCÉDENTS IMPORTANTS :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies ou intolérances médicamenteuses :

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS (dates et résultats) :

Radiographies - Scanner :

Explorations fonctionnelles respiratoires :

Bilans biologiques :

Gazométries :

PROCOLE THÉRAPEUTIQUE EN COURS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OXYGÉNOTHÉRAPIE :

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

OXYGÉNOTHÉRAPIE DE DÉAMBULATION : oui non

Si vous possédez un compagnon (bouteille d'oxygène + chariot), pensez à l'amener. Merci

VENTILATION ASSISTÉE (VNI, BIPAP, PPC) : oui non

DIÉTÉTIQUE :

Régime suivi ou nécessaire :

- Diabétique (DID ou DNID)
- Sans sel (occasionnel car corticoïde ou permanent)
- Hypocholestérolémiant
- Epargne digestive
- Hypocalorique
- Hypercalorique

Autres :

Alimentation : Normale Mixée Hachée Entérale

Suppléments alimentaires :

Poids :

Taille :

Histoire pondérale :

POINTS A SURVEILLER :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cachet et Signature du Médecin

GRILLE D'AUTONOMIE

HYGIÈNE :

- Peut se laver seul
- Doit être installé pour la toilette
- Aide limitée, soins d'une partie du corps, coiffure
- Dépendance complète, toilette totale

ALIMENTATION :

- Peut s'alimenter seul
- Doit être installé
- Doit être aidé (viande / fruit / boisson)
- Quelqu'un en permanence pour le nourrir

HABILLEMENT :

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

ÉLIMINATION :

(urine / selles)

- Autonome
- Troubles occasionnels
- Troubles fréquents
- Troubles permanents

LOCOMOTION :

- Peut se déplacer seul
- A besoin de l'aide d'une personne
- A besoin de l'aide de deux personnes
- Impotence complète