

	FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION	
ADM_ENR_007	Enregistrement	Version : 9 Date d'application : 26/11/2024

Clinique du Sud, Chemin de la Madeleine, 11 000 CARCASSONNE

Tél : 04.68.11.05.49 – Fax : 04.68.11.04.04 – Medimail (MSSanté)/Pandalab : standard.sud@elsan.care**Merci de transmettre avec cette demande, le dernier compte-rendu médical, ainsi qu'un certificat médical**

- de 21 séances de rééducation pour l'HTP

- de 30 séances de rééducation pour l'HTC

Mode d'hospitalisation souhaitée (à renseigner impérativement) :☐ Hospitalisation à Temps Complet (HTC)☐ Hospitalisation à Temps Partiel (HTP)

Ville :

Etablissement :

Date :

Proposé par le Dr :

Service de :

Tél :

Fax :

Mail :

Merci de donner votre réponse à :

Médecin du service contacté pour l'admission :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSNom :Prénom :Adresse :Téléphone :Mail :Caisse :Mutuelle :N° sécurité sociale :Date de naissance :Date d'admission souhaitée :Chambre individuelle :OUI ☐NON ☐**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

Antécédent sociaux :

Vit seul :

OUI ☐NON ☐

Indépendant avant l'admission :

OUI ☐NON ☐

Retour envisagé au domicile

A l'issue du séjour :

OUI ☐NON ☐

Téléphone du référent familial :

OUI ☐NON ☐**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**Motif de l'hospitalisation :Type de rééducation envisagée :Diagnostic principal :Nature et dates des interventions actuelles :

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION

ADM_ENR_007

Enregistrement

Version : 9

Date d'application : 26/11/2024

Autres ANTECEDENTS :

Patient infecté ou traité : OUI ☐ NON ☐

BMR : OUI ☐ NON ☐

Identité du germe (Joindre l'antibiogramme si BMR) :

Patient transfusé : OUI ☐ NON ☐

Oxygénothérapie : OUI ☐ NON ☐

ANTECEDENTS MEDICAUXTRAITEMENT ACTUEL

Nom du Médecin traitant :

Surdité :

Cécité :

A.V.C. : Fonctions supérieures normales ☐ Fonctions supérieures altérées ☐

Personne Agée : Fonctions supérieures normales ☐ Fonctions supérieures altérées ☐

Orthopédie : Arthroplastie unilatérale ☐ Arthroplastie bilatérale ☐

Antécédents connus de chute :

DEGRE D'AUTONOMIE

Toilette : Autonome ☐ Aide totale ☐ Aide partielle ☐

Habillage : Autonome ☐ Aide totale ☐ Aide partielle ☐

Soins cutanés : Pansement ☐ Préciser le protocole :

Escarres ☐ Localisation :

Couchage : Matelas normal ☐ Autres :

Alimentation : Normal ☐ Régime type :

Continence : Incontinence urinaire ☐ Incontinence anale ☐

Penilex ☐

Sonde urinaire ☐

Changes complets ☐

Autre :

Déplacements : Autonome ☐ Canes ☐ Fauteuil roulant ☐

Contention : OUI ☐ NON ☐

Si oui, laquelle (ou lesquelles) :