



Fiche de préadmission médicale A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom / Prénom du patient : Date de naissance :		
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		
Diagnostic principal : Etat clinique / Evolution : Antécédents / Allergies :		
Liste des médicaments (ou joindre dernière ordonnance) : • • • •		
Demande chambre seule : ☐ Raison Médicale ☐ Demande du patient		
IMC :	Poids :	Taille :
Projets de soins en SSR : ☐ Soins palliatifs ☐ Rééducation ☐ Réadaptation ☐ Autres Type d'hospitalisation : ☐ Hospitalisation conventionnelle ☐ Hôpital de jour Objectifs attendus :		
RENSEIGNEMENTS SOCIAUX		
Aide à domicile : ☐ Oui ☐ Non Aide ménage : ☐ Oui ☐ Non Portage repas : ☐ Oui ☐ Non Téléalarme : ☐ Oui ☐ Non IDE Libérale : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, ☐ Toilette ☐ Pansement ☐ Autres		
PROJET SOCIAL		
Retour au domicile envisagé : ☐ Oui ☐ Non Institutionnalisation prévue : ☐ Oui ☐ Non Démarches en cours : ☐ Oui ☐ Non Si oui, Précisez : Nom Assistant(e) Social(e) : Commentaires :		

FICHE DE PREADMISSION MEDICALE A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

DEPENDANCE / AUTONOMIE / SOINS	
Toilette / Habillage :	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
Comportement :	☐ Adapté ☐ Agité ☐ Désorienté/Confus ☐ Déambulant ☐ Fugueur
Déplacement :	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
Aide technique :	☐ Fauteuil roulant ☐ Déambulateur ☐ Canne
Elimination urine	☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Sonde urinaire ☐ Stomie
Elimination fécale	☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Stomie
Alimentation :	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
Régime particulier :	☐ Oui ☐ Non Si Oui, Précisez :
Comportement :	☐ Calme ☐ Agité ☐ Désorienté/Confus ☐ Déambulant
Communication :	☐ Adaptée ☐ troubles du langage ☐ Cécité ☐ Surdité ☐ Appareillage
App. respiratoire :	☐ Aucun ☐ Dyspnée ☐ Oxygénothérapie
Etat cutané :	☐ Normal ☐ Plaie type :.....
Douleur :	☐ Pompe à morphine ☐ Pousse seringue ☐ Stupéfiant
Soins :	☐ Perfusion ☐ Port à cath ☐ BMR ☐ Escarre ☐ Pansement(s)
Directives anticipées :	☐ Oui ☐ Non Si oui, joindre une copie à la demande de préadmission
Autres :	

Date :

Cachet

Nom et prénom du médecin prescripteur :

.....

