

Date d'appel :

# FICHE PRE ADMISSION/ACCUEIL

Contact :	N° :	Provenance : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CH/Clinique
Nom :	Motif d'hospitalisation :	
Prénom :		
Date de naissance :		
Date d'entrée prévue :	MATIN <input type="checkbox"/> APRES-MIDI <input type="checkbox"/>	Chambre attribuée :
		Date d'intervention :
		Date accident :
Polyvalent <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> Cardio HC <input type="checkbox"/> Cardio HJ <input type="checkbox"/>	Médecin traitant :	
Polypathologie <input type="checkbox"/> Respi HC <input type="checkbox"/> Respi HJ <input type="checkbox"/>	Médecin adresseur :	

Autonomie	Déclarée par le service adresseur			<b>Test COVID à faire 48H avant entrée</b>	
	Autonome	Semi dépendant	Dépendant		
Repas				Fait à l'hôpital/clinique <input type="checkbox"/>	COVID - <input type="checkbox"/> COVID+ <input type="checkbox"/>
Toilette/habillage				Fait au labo de ville <input type="checkbox"/>	
Mobilité				.....	
Continence					

**Sur OSIRIS : Coter le NORTON et Douleur**

Histoire de la maladie :

Antécédents : Facteurs de risque : Allergies :

Mode de vie :

Evaluation psychologique : Transporteur désigné :

Pansement : Si escarre ouvrir fiche Contacts : RDV :

Examen clinique :

Objectifs de soins :

Devenir envisagé :

Prescriptions à prévoir :

Régime		Kiné		Orthophoniste	
O2		Ergo		Psychologue	