



**CLINIQUE de SOINS DE SUITE  
du CASTELLAS  
LE MEDITERRANEE**

13640 LA ROQUE D'ANTHERON

TEL. 04 42 50 78 00

**FAX ADMISSION : 04 42 50 78 51**

**TELEPHONE SECRETARIATS MEDICAUX**

*Soins de Suite Indifférenciés* 04 42 50 78 14

*Diététique* 04 42 50 79 80

**FICHE D'ADMISSION**

Formulée par :

NOM & Prénom .....

Assistante sociale

Secrétaire

Surveillante générale

Autre

Adresse .....

Téléphone .....

**I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

***PATIENT(E)***

Nom: .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom: .....

Date et lieu de naissance: .....

Adresse: .....

Tél.: .....

Situation familiale : .....

Situation professionnelle : .....

Caisse d'affiliation .....

Mutuelle .....

***ASSURE(E)***

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Adresse: .....

Tél.: .....

Nationalité .....

N° immatriculation (sécu) .....

N° adhérent .....

	Personne à prévenir (en cas d'urgence)	Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions de soins)
Nom Prénom		
Adresse		
Téléphone		
Parenté/fonction		

Période entrée souhaitée .....

Chambre particulière souhaitée ?  OUI  NON

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli, et la date d'entrée sera fixée à la réception de la prise en charge et en fonction des places disponibles.

A son entrée le patient doit être en possession de ses cartes vitale et mutuelle à jour, ou à défaut prévoir le règlement du séjour.

Nom : ..... Prénom : .....

Etes-vous déjà venu dans notre établissement : oui  non  en quelle année : .....

**II-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Pathologie Principale : .....

Etiologie : .....

Pathologies associées : .....

Traitements en cours et posologie :  
.....

.....

Examens cliniques : .....

Poids : ..... Taille : ..... T.A. : .....

Le patient a-t-il pris des dispositions en rapport avec la loi Léonetti (relative aux droits des malades et à la fin de vie) (si oui lesquelles – directives anticipées.....)

.....

.....

Le médecin soussigné certifie que l'état du patient répond aux conditions d'admission dans la clinique de soins de suite indifférenciés et de réadaptation nutritionnelle « Le Méditerranée »

Date, signature et cachet du médecin.

**APPRECIATION DE LA DEPENDANCE DU PATIENT**

<b>MOTRICITE</b> se déplace  ne se déplace pas	-seul sans limite <input type="checkbox"/> -seul à l'intérieur de la chambre <input type="checkbox"/> -avec un soutien matériel <input type="checkbox"/> -avec un soutien humain <input type="checkbox"/> -en fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	<b>TOILETTE ET HABILLAGE</b>	-s'assume totalement <input type="checkbox"/> -doit être aider <input type="checkbox"/> -reste au lit <input type="checkbox"/>										
	-reste en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> -reste au lit <input type="checkbox"/>	<b>ALIMENTATION</b>	-autonome <input type="checkbox"/> -mange seul une alimentation préparée <input type="checkbox"/> -doit être totalement nourri par un tiers <input type="checkbox"/> -trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> -entérale <input type="checkbox"/> Parentérale <input type="checkbox"/> (Produit utilisé.....)										
<b>INCONTINENCE :</b>	-aucune <input type="checkbox"/> -partielle <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/> -totale <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/>	<b>ETAT MENTAL</b>	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:left;"><i>compréhension</i></td> <td style="text-align:right;"><i>participation</i></td> </tr> <tr> <td>-normal <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">-normale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-difficile <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">-difficile <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-désorientation <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">-désorientation <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-nulle <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">-nulle <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<i>compréhension</i>	<i>participation</i>	-normal <input type="checkbox"/>	-normale <input type="checkbox"/>	-difficile <input type="checkbox"/>	-difficile <input type="checkbox"/>	-désorientation <input type="checkbox"/>	-désorientation <input type="checkbox"/>	-nulle <input type="checkbox"/>	-nulle <input type="checkbox"/>
<i>compréhension</i>	<i>participation</i>												
-normal <input type="checkbox"/>	-normale <input type="checkbox"/>												
-difficile <input type="checkbox"/>	-difficile <input type="checkbox"/>												
-désorientation <input type="checkbox"/>	-désorientation <input type="checkbox"/>												
-nulle <input type="checkbox"/>	-nulle <input type="checkbox"/>												

**SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERES :**

- Appareillage : .....

- Prothèse(s) : .....

- Pacemaker : .....

- Pompe à morphine : .....

- Pompe à insuline : .....

- Autre : .....

Chimiothérapie en cours : .....

Radiothérapie en cours : .....

Pour les affections orthopédiques : appui : oui  non

Autres renseignements : .....

Soins particuliers : .....

Oxygénothérapie : .....

Colostomie : .....

Gastrostomie : .....

Ureterostomie : .....

Trachéostomie : .....

Si transfert, date prévisible de sortie : .....