

Fiche complétée par le médecin traitant et à faxer au 04 92 93 56 44
ou envoyer par mail : sec.med.estagnol@sedna-sante.com

(*) champs obligatoires à renseigner pour assurer une prise en charge optimale

Patient

Nom de naissance (*) :

Nom d'usage (si différent) (*) :

Prénom (*) :

Date de naissance (*) : / /

N° de sécurité sociale (*) : / / / / / /

Régime général (*) : Oui Non, autre :

Adresse* :

Code postal* : / Ville* :

Téléphone (*) :

Traitement personnel (*) : **joindre une copie de l'ordonnance**

Personne à prévenir (*) :

Nom de la mutuelle (*) (complémentaire santé) :

Le patient souhaite une chambre seule (*) : Oui Non

Admission

Admission souhaitée le (*) :

Motif d'hospitalisation (*) :

Antécédents notables (*) :
.....
.....

Examen clinique / diagnostic actuel (*) :
.....

Niveau de dépendance, autonomie et état cognitif (*) :

Dépendance physique (grille AGGIR de 1 à 6) :

Trouble de déglutition : Oui Non

Soins techniques divers (sonde urinaire, appareillage, voies veineuse etc.) :

Fin de vie: Oui Non

Merci de cocher les cases des tableaux ci-dessous:

Autonomie personnelle	AUTONOME	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts/lits fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nécessitant (à cocher svp): <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Nécessitant (à cocher svp): <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant

Capacités relationnelles	INTACTES	ALTEREES
Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résolution des problèmes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins cutanés, pansement (*) : Oui Non

Risque d'escarre (*) : Oui Non

Objectifs du séjour dans la structure pour le patient (*) :

Autres commentaires :

Médecin adresseur (tampon) (*) :