

Fiche complétée à faxer au 04 92 93 56 44  
ou envoyer par mail [sec.med.estagnol@almaviva-sante.com](mailto:sec.med.estagnol@almaviva-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:

<b>Autonomie personnelle</b>	<b>AUTONOME</b>	<b>AIDE PARTIELLE</b>	<b>AIDE TOTALE</b>
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"/> <i>Nécessitant (à cocher svp):</i> <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> <i>Nécessitant (à cocher svp):</i> <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant

<b>Capacités relationnelles</b>	<b>INTACTES</b>	<b>ALTEREES</b>
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) (\*) :