

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

**DOSSIER PRE-ADMISSION
AU SSR BOUCICAUT**

Réhabilitation respiratoire & cardio-vasculaire
En hospitalisation complète : En Hôpital de Jour :

Date de la demande : .. / .. / **Date d'admission souhaitée :** .. / .. /

Le patient a-t-il déjà fait un séjour à Mardor : oui non **ALD** : oui non
Nécessite t-il un transport sous O2 : oui non

Etablissement demandeur : Service demandeur :	Nom du Cadre de Santé : Téléphone :
.....	Fax :
.....	Mail :

Nom du médecin adresseur + signature :

Nom – Prénom :	Signature :
.....
.....

IDENTIFICATION DU PATIENT (Joindre une fiche administrative)

Nom : **Prénom :** **Sexe :**

Adresse : **Téléphone :**

..... **N° Sécurité Sociale :**

..... **Nom et adresse du Centre de Sécurité Sociale :**

..... **Date de naissance :** .. / .. /

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé (e) pacsé(e)

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Tél. :

Médecin traitant :

Nom – Prénom : **Téléphone :**

Adresse :

Mail :

SSR BOUCICAUT
2, avenue Pierre Mendès France
71100 CHALON-SUR-SAONE

Hospitalisation complète : Tél. : 03 85 87 52 19
Hôpital de Jour: 03 85 87 52 30 ou 03 73 27 05 51
Fax. : 03 85 87 52 42

DOSSIER MEDICAL**GRABATAIRES CHRONIQUES ET AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES EXCLUS****PATHOLOGIE PRINCIPALE :**

- Asthme
 BPCO
 DDB
 Fibrose/PID
 HTAP
 Cancer bronchopulmonaire
 Mucoviscidose
 SHV
 SOH
 Trouble restrictif
 Déconditionnement périphérique
 Autre (préciser) :

ANTECEDENTS CARDIO :

- ACFA/trouble du rythme
 Valvulopathie
 HTA
 Coronaropathie
 Troubles conductifs (BB/BAV)
 PMK
 DAI
 Aorte
 AOMI
 HTPA

AUTRES ANTECEDENTS :

OH : oui non sévère

Suivi psychiatrique : oui non

Allergies : oui
Non

ANTECEDENTS PNEUMO :

- Asthme
 BPCO
 DDB
 Fibrose/PID
 HTAP
 SAS
 SOH
 TVR
 Tuberculose
 Pneumothorax
 Pleurésie
 Chirurgie thoracique :

Facteurs de risques CARDIO-VASCULAIRE :

- HTA
 Surpoids/obésité BMI =
 Diabète type 1
 Diabète type 2
 Hypercholestérolémie
 Hypertriglycéridémie
 Sédentarité
 Hérité coronarienne
 Tabac : oui non sévère
 Paquets /Année :

Oxygène : oui non

Débit : Repos Effort

VNI : oui non

PPC : oui non

Dyspnée stade :

Surinfection récente : oui non

Transfusion : oui non







Poids : **Taille :** **IMC :**

Epreuve d'effort diagnostique réalisée :
oui non

Statut microbiologique : BMR oui non Si oui laquelle :

Gêne ou contre indication à la marche / vélo / gymnastique et si oui pourquoi :
.....

MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

-  courrier de sortie si hospitalisation récente
-  compte-rendu des consultations ambulatoires
-  compte-rendu des dernières EFR
-  résultats GDS
-  ECG si référence connue
-  Compte-rendu EFX si déjà réalisée

Le dossier ne sera pas traité si cette fiche de renseignement n'est pas remplie correctement et/ou si documents manquants.



TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE SERA PAS TRAITE



TRAITEMENTS (en cours et à poursuivre)
(Le traitement post-op est à faxer **48 h** avant l'admission
au fax de notre pharmacie : **03 85 87 52 41**)

Oral : (indiquer dosage et posologie)

Pneumo :

Cardio :

Autres :

Injectable :

Alimentation entérale : oui non

Produit :

Alimentation parentérale : oui non

Produit :

Assistance technique :

- | | |
|---|--|
| - voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> | - dialyse <input type="checkbox"/> |
| - voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> | - aspiration <input type="checkbox"/> |
| - site implantable <input type="checkbox"/> | - iléostomie – urostomie <input type="checkbox"/> |
| - hétéro sondage <input type="checkbox"/> | - colostomie <input type="checkbox"/> |
| - gastronomie – jéjunostomie <input type="checkbox"/> | - examens complémentaires <input type="checkbox"/> |
| - sonde naso gastrique <input type="checkbox"/> | (joindre RDV) |
| - sonde vésicale <input type="checkbox"/> | |
| - VAC <input type="checkbox"/> | |

Pansements : oui non

Localisation :

Escarres : oui non

Localisation :

<u>AUTONOMIE</u> : <u>Pour l'hospitalisation complète</u>			
Hygiène - toilette du haut - toilette du bas - habillage du haut - habillage du bas Alimentation - se servir (couper viande, peler 1 fruit) - manger Elimination - urinaire - anale - sonde urinaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Déplacements - transferts (lit/fauteuil) - intérieur - extérieur	<input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> sans aide avec canne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide partielle avec déambulateur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale <input type="checkbox"/> aide totale avec FR <input type="checkbox"/>
Vision normale <input type="checkbox"/> Audition normale <input type="checkbox"/>	Diminuée <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/>	Cécité <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>	
Etat Psycho-comportemental - difficulté de communication <div style="text-align: right;">Si oui</div> - compréhension - déambulation - désorientation - risque de fugue - opposition/agressivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> aphasie <input type="checkbox"/> langue étrangère - laquelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL	
<u>Devenir envisagé :</u> - vit seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (préciser) - situation professionnelle <input type="checkbox"/> actif <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> invalide - mesures de protection <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- souhait patient : - retour à domicile <input type="checkbox"/> - hébergement en institution <input type="checkbox"/>	- souhait de la famille: - retour à domicile <input type="checkbox"/> - hébergement en institution <input type="checkbox"/>
si hébergement institutionnel, demandes effectuées à :	

Nom : Fonction :	Signature :
---	--------------------