

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"/>	Chambre attribuée :	Date d'intervention :		
	APRES-MIDI <input type="checkbox"/>		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			Test COVID à faire 48H avant entrée	
	Autonome	Semi dépendant	Dépendant	Prévu le :	Résultat récupéré le :
Repas				Fait à l'hôpital/clinique <input type="checkbox"/>	
Toilette/habillage				Fait au labo de ville <input type="checkbox"/>	
Mobilité				COVID - <input type="checkbox"/> COVID+ <input type="checkbox"/>
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	