BETHESDA

FICHE DE PREADMISSION

A adresser **par mail** à **admissions.bethesda@oi.mssante.fr**

Date de la demande : Adresseur *(nom + mail)*: ☐ **HC**

Date d'entrée souhaitée : Pharmacie habituelle : ☐ **HDJ**

PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : N° tel :

Nom médecin traitant : N° tel :

N° sécurité sociale : Caisse :

Mutuelle : N° adhérent :

Chambre particulière : ☐ oui ☐ non

Personne à contacter : N° tel :

Lien avec le patient :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif d'hospitalisation : ☐ rééducation ☐ convalescence ☐ soins palliatifs ☐ autre :

En rapport avec l'ALD : ☐ oui ☐ non

Diagnostic principal : Date d'intervention :

Antécédents : Allergies :

AUTONOMIE & CHARGE EN SOINS

Nursing :	☐ autonome	☐ aide partielle	☐ aide totale	
Alimentation :	☐ autonome	☐ troubles de la déglutition		
Déplacement :	☐ autonome	☐ aide technique :		
Comportement :	☐ calme	☐ agité	☐ agressif	☐ désorienté
Escarre :	☐ oui ☐ non	*si oui, localisation :*		
BMR :	☐ oui ☐ non	*si oui, date :*		
Risque de fugue :	☐ oui ☐ non			

APPAREILLAGE

Voie veineuse :	☐ oui	☐ non			
Pansement :	☐ oui	☐ non	*Localisation :*	*Nombre :*	*Durée :*
Picc Line :	☐ oui	☐ non	*Date de pose :*		
Oxygène :	☐ oui	☐ non	*Débit :*		
Stomie urinaire :	☐ oui	☐ non	*Références :*		
Stomie fécale :	☐ oui	☐ non	*Références :*		
Dialyse :	☐ oui	☐ non	*Jours et heures :*		
Cathe perinerveux :	☐ oui	☐ non			
VNI :	☐ oui	☐ non			
VAC :	☐ oui	☐ non			
GPE :	☐ oui	☐ non			
Trachéotomie/trachéostomie	☐ oui	☐ non			

DEVENIR

Projet de vie : ☐ retour à domicile ☐ famille d'accueil ☐ EHPAD ☐ autre :

Démarches en cours : Assistante sociale :

Famille informée de la demande d'admission : ☐ oui ☐ non

PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- **Ordonnance de traitement à jour**
- **Lettre de liaison ou bilan médical ou CR d'hospitalisation**

(en l'absence de ces document la demande ne sera pas traitée)

- **Certificat de vaccination** *(si le patient est vacciné)*

Nom et cachet de l'adresseur

Clinique BETHESDA – Soins de Suite et de Réadaptation
42, Chemin Cachalot, Pierrefonds - 97410 SAINT-PIERRE
Tel 0262 96 61 68 / 0262 71 72 79 - Fax 0262 96 61 67 – admissions.bethesda@oi.mssante.fr