

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

<b>Etablissement demandeur :</b> ..... ..... <b>Service demandeur :</b> .....	<b>Nom du Cadre de Santé :</b> ..... <b>Téléphone :</b> .....
.....	<b>Fax :</b> .....
.....	<b>Mail :</b> .....

**Nom du médecin adresseur + signature :**

<b>Nom – Prénom :</b> .....	<b>Signature :</b> .....
.....	.....
.....	.....

**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  
Tél. : 03 85 87 52 52

**Hospitalisation complète :** Tél. : 03 85 87 53 81  
Fax. : 03 73 27 05 54  
**Hôpital de Jour** : Tél. : 03 85 87 52 14

**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.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



**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** :

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- voie veineuse centrale <input type="checkbox"/></li> <li>- voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/></li> <li>- site implantable <input type="checkbox"/></li> <li>- hétéro sondage <input type="checkbox"/></li> <li>- gastronomie – jéjunostomie <input type="checkbox"/></li> <li>- sonde naso gastrique <input type="checkbox"/></li> <li>- sonde vésicale <input type="checkbox"/></li> <li>- VAC <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- dialyse <input type="checkbox"/></li> <li>- aspiration <input type="checkbox"/></li> <li>- iléostomie – urostomie <input type="checkbox"/></li> <li>- colostomie <input type="checkbox"/></li> <li>- examens complémentaires <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>(joindre RDV)</p> |
|---|--|

**Pansements** : oui  non

Localisation :

**Escarres** : oui  non

Localisation :

## AUTONOMIE : Pour l'hospitalisation complète

<p><b>Hygiène</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toilette du haut</li> <li>- toilette du bas</li> <li>- habillage du haut</li> <li>- habillage du bas</li> </ul> <p><b>Alimentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se servir (couper viande, peler 1 fruit)</li> <li>- manger</li> </ul> <p><b>Elimination</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- urinaire</li> <li>- anale</li> <li>- sonde urinaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</li> </ul> <p><b>Déplacements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transferts (lit/fauteuil)</li> <li>- intérieur</li> <li>- extérieur</li> </ul>	<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"/>	
<p><b>Etat Psycho-comportemental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté de communication</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Si oui</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- compréhension</li> <li>- déambulation</li> <li>- désorientation</li> <li>- risque de fugue</li> <li>- opposition/agressivité</li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> <input type="checkbox"/> aphasie <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> langue étrangère - laquelle ?</span> ..... <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span>		

### ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

**Devenir envisagé :**

- vit seul  oui  non (préciser) .....
- situation professionnelle  actif  retraité  invalide
- mesures de protection  oui  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 : .....

<b>Nom :</b> ..... <b>Fonction :</b> .....	<b>Signature :</b>
---	--------------------