

Centre Médical « LA SOURCE »
 05260 St Léger Les Mélézes
 Tel : 04.92.50.47.03 Fax : 04.92.50.70.19
 Site : www.la-source-sa.com

FICHE D'ADMISSION

Nom prénoms : Age : Domicile : N° Tél :

Nom et adresse du répondant : N° Tél :

1. MOTIFS D'HOSPITALISATION :

2. ANTECEDENTS :

3. TRAITEMENTS :

4. Oxygénothérapie : OUI NON
 Si OUI, débit : Durée :

5. Présence de BMR OUI NON
 Si oui : germe et site d'infection ou de colonisation :

Date d'admission souhaitée :

Coordonnées du médecin adresseur :

Date :

Signature :

A.G.G.I.R	A fait totalement, habituellement, correctement	A	B	C
B	Fait partiellement			
C	ne fait pas			
Cohérence (Conserver et/ou se comporter de façon sensée)				
Orientation (Se repérer dans le temps, les moments de la journée les lieux)				
Toilette (Assurer son hygiène corporelle)	Haut			
	Bas			
Habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter)	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Elimination (Assumer l'hygiène de l'élimination)	Urinaire			
	Fécale			
Transferts (Se lever, se coucher, s'asseoir)				
Déplacements à l'intérieur (Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)				
Déplacements à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)				
Communication à distance (Utiliser un téléphone, sonnette,...)				

Hospitalisation antérieure dans l'établissement : oui non

A la fin de la convalescence :

Retour à domicile possible : oui non

Retour vers la structure d'origine : oui non

Inscription en long séjour : oui non

Si oui, dans quel(s) établissement(s) :

Coordonnées du service adresseur :

Date :

Signature :