

**Réservé à l'établissement :**

Entrée prévue le : .....

Validée le : .....

Par : .....

**DOMAINE DE LA CADENE***Service de soins de suite et de réadaptation**Unité de soins de longue durée**EHPAD/hébergement temporaire**Accueil de jour*

Toulouse, le.....

**FICHE DE PRE ADMISSION EN SSR**

Admission proposée par le docteur : .....

Service : ..... Téléphone : .....

Merci de donner une réponse à : ..... Fonction : .....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Coordonnées famille/tuteur : .....

Nom et prénom de l'assuré(e) : .....

Organisme de prise en charge : .....

Numéro d'immatriculation : .....

Mutuelle complémentaire : .....

Accident du travail : OUI      NON

Chambre individuelle (si possible dans les mêmes délais) : OUI      NON

Devenir envisagé à la sortie de l'établissement : .....

.....

.....

Etablissement privé à but non lucratif – Loi 1901  
Association Notre-Dame de Joie15, impasse de La Cadène – 31200 TOULOUSE - Tél : 05.61.13.73.27 - Fax : 05.34.40.45.58  
NAF 8610Z – SIRET 330 457 318 000 21Mail : [domainedelacadene@orange.fr](mailto:domainedelacadene@orange.fr) – Site : [www.domainedelacadene.fr](http://www.domainedelacadene.fr)

Nom : ..... Prénom : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Histoire sommaire du motif de l'hospitalisation :**

.....  
.....

**Nature et date des interventions éventuelles :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Autres pathologies :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement actuel et prévisions :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Souhaits du prescripteur concernant le séjour (kinésithérapie fonctionnelle, respiratoire, orthophonie...)**

.....  
.....

**DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :** .....

Date et signature

Nom : ..... Prénom : .....

### DEGRE D'AUTONOMIE

**Alimentation :** Normale  Mixé  Moulinée  Régime   
 Mange seul(e)  Aide partielle (installer, couper...)  Aide totale   
 Sonde NasoG  Alim. parentérale  Gastrostomie  Jejunostomie

**Toilette :** Toilette complète autonome  Aide partielle  Nursing complet

**Habillage :** Autonome  Aide partielle  Nursing complet

**Contenance :** Contenance  Incontinence partielle  Incontinence   
 Bassin  Penilex  Sonde urinaire  Protection  Stomie

**Soins cutanés :** Pansement  préciser : .....  
 Escarres  localisation : .....

**Déplacements :** Autonome  Peut se déplacer mais fatigué(e)   
 Marche avec aide  Canne(s)  Déambulateur  Fauteuil roulant   
 Transfert lit-fauteuil autonome  Aide partielle  Aide totale

Escaliers : Autonome  Avec aide

**Ventilation :** Autonome  Oxygénothérapie  (préciser) : .....  
 Appareillage respiratoire  type : .....  
 Trachéotomie  Aspirations  fréquence : .....

**Comportement :** - RAS

.....  
 .....  
 .....  
 .....

A noter : l'ensemble des matériels (lit médicalisé...) nécessaires à la prise en charge étant mis à disposition par l'établissement, il est nécessaire de résilier, pour la durée du séjour, les locations de matériels à domicile.