



HOSPITALISATION A DOMICILE DE NICE ET REGION

BUREAU MENTON : FAX 0492152959
coordination-menton@hadnice.fr

BUREAU NICE : FAX 0497257770
coordination-nice@hadnice.fr

BUREAU VILLENEUVE LOUBET : FAX 0492082330
coordination-villeneuve@hadnice.fr

BUREAU ST MARTIN : FAX 0483662410
coordination-stmartinduvar@hadnice.fr

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

RECTO/VERSO

ETABLISSEMENT DEMANDEUR :

NOM DU SERVICE :

Tél. Bureau IDE :

NOM DU MEDECIN HOSPITALIER :

Tél. : Fax :

Email :

IDENTITE DU MALADE

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : Tél :

..... Email :

..... N° de sécurité sociale :

NOM ET PRENOM DU MEDECIN TRAITANT :

Tél :

PATHOLOGIE PRINCIPALE ET MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN H.A.D.

DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE : OUI NON DE LA FAMILLE : OUI NON

TRAITEMENTS EN COURS (JOINDRE LA COPIE DES ORDONNANCES RECENTES / EN COURS)

PROTOCOLE CHIMIO :

ANTECEDENTS OUI NON **ANTECEDENTS INFECTIEUX** OUI NON

SI OUI, LESQUELS : SI OUI, LESQUELS :

ALLERGIES OUI NON

SI OUI, A QUOI :

DOCUMENTS A JOINDRE : CR HOSPITALIER (Même provisoire) / CR OPERATOIRE

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE PAR LE PATIENT

NOM ET PRENOM : TEL. :

DATE OU PERIODE D'ADMISSION EN H.A.D. SOUHAITEE :

CACHET DU MEDECIN OU DE L'ETABLISSEMENT →

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR DE L 'H.A.D. :

DECISION DE LA DIRECTION :

NOM DU MEDECIN SIGNATAIRE :

DATE ET SIGNATURE :

HOSPITALISATION A DOMICILE DE NICE ET REGION

BUREAU MENTON : FAX 0492152959
coordination-menton@hadnice.fr

BUREAU NICE : FAX 0497257770
coordination-nice@hadnice.fr

BUREAU VILLENEUVE LOUBET : FAX 0492082330
coordination-villeneuve@hadnice.fr

BUREAU ST MARTIN : FAX 0483662410
coordination-stmartinduvar@hadnice.fr

NOM DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR : DATE :

NOM ET QUALIFICATION DE LA PERSONNE QUI A COMPLETE LA FICHE :

NOM ET PRENOM DU PATIENT : IK :

GERME INFECTIEUX IDENTIFIE OUI NON lequel :

NURSING **Toilette** OUI NON Complète Aide

Mobilisation Grabataire Aide au transfert Autonome

Etat cutané Intégrité Escarre Localisation : Protocole :

Sonde urinaire OUI NON Date de pose : Charrière :

Continence fécale OUI NON

Surveillance glycémique OUI NON fois/jour Insuline ⇔ Produit :

Conscience Normale Confus Dément Autre

PANSEMENTS OUI NON Drain Urétérostomie/Néphrostomie TPN

Colostomie Cysthocath Jéjunostomie Ulcère

Date de la dernière réfection :

SOINS PALLIATIFS OUI NON Suivi(e) par équipe mobile OUI NON

TRAITEMENT PAR VOIE VEINEUSE OUI NON Injection IV :

Réa :

Type de voie veineuse DVI VVP Sous-clavière Jugulaire Picc Line Sous-cutanée

Date de la pose : Date changement pansement- aiguille :

TRAITEMENT SOUS-CUTANE OUI NON

NUTRITION PARENTERALE OUI NON Produit :

Type de voie veineuse DVI VVP Sous-clavière Picc Line Sous-cutanée

Quantité par 24h :

NUTRITION ENTERALE OUI NON SNG GPC

Produit : Quantité par 24h :

DOULEUR OUI NON PCA SAP Autre voie

Produit : Quantité par 24h :

REEDUCATION ORTHOPEDIQUE OUI NON Prothèse Orthèse Corset

REEDUCATION NEUROLOGIQUE OUI NON

POIDS Amaigrissement Prise de poids Variation négligeable

ASSISTANCE RESPIRATOIRE OUI NON Mécanisée VNI O² en continu en mode associé

Trachéo Aspiration fois/jour Aérosol fois/jour

KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE OUI NON

POST-TRAITEMENT CHIRURGICAL OUI NON Date de l'intervention :

Pansement OUI NON

CHIMIOThERAPIE OUI NON Curatif Palliatif

SURVEILLANCE POST-CHIMIOThERAPIE OUI NON

EDUCATION OUI NON Type :

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE OUI NON **PRISE EN CHARGE SOCIALE** OUI NON

SURVEILLANCE RADIOTHERAPIE OUI NON **SURVEILLANCE APLASIE** OUI NON

TRANSPORT Assis Allongé Coquille **POIDS** Normal En surpoids

AUTRES :