



## 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

SI OUI, LESQUELS :

**ANTECEDENTS INFECTIEUX** OUI  NON

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  O<sup>2</sup> 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

**CHIMIOETHERAPIE**  OUI  NON  Curatif  Palliatif

**SURVEILLANCE POST-CHIMIOETHERAPIE**  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** : .....

SIGNATURE :