



FICHE MEDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION Version 09/24

(à compléter par le médecin prescripteur et à retourner à la Clinique Soleil Cerdan)

❖ IDENTITE DU PATIENT :

NOM : Prénom :
Nom de naissance : Né(e) le :
Adresse :
Code Postal : VILLE :
Téléphone :

❖ FINALITE DE PRISE EN CHARGE : RESPIRATOIRE ☐ POLYVALENT ☐

- ☐ Réhabilitation respiratoire ☐ Pré et/ou post chirurgie thoracique
☐ Réhabilitation post COVID ☐ Prise en charge polyvalente - préciser :

❖ PATHOLOGIE - DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- | | |
|--|---|
| ☐ Asthme | ☐ Apnées du sommeil |
| ☐ BPCO | ☐ Adaptation à la PPC |
| ☐ DDB | ☐ Obésité |
| ☐ Tuberculose | ☐ Fibrose pulmonaire |
| ☐ Mucoviscidose | ☐ Autre : |
| ☐ Cardiopathie | ☐ Pathologie métabolique |
| ☐ Neuropathie | ☐ Autre : |
| ☐ Pathologie orthopédique | |

❖ DIAGNOSTICS SECONDAIRES – COMORBIDITES :

Allergies :
Conduites addictives* : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis : ☐ autres (préciser) :
Autres :
.....

* L'équipe médicale se réserve le droit de réaliser des contrôles inopinés

❖ DONNEES CLINIQUES :

- Poids : Taille :
➤ Si insuffisance respiratoire :
VEMS
Gaz du sang du / / réalisés : ☐ en air ambiant ☐ sous oxygène à ... l/min
PaO2 : PaCO2 : SpO2 :
Si cardiopathie : FEVG : %
➤ L'état de santé du patient contre-indique-il tout ou une partie du réentraînement à l'effort :
Non ☐ Oui ☐ si oui, précisez : ☐ activité physique en général ☐ marche ☐ ergocycle

NOM prénom du patient :

❖ **INDEPENDANCE :**

- Ventilation : ☐ Aucun appareillage ☐ O2 ☐ trachéotomie ☐ CPAP ☐ VNI
➤ Capacités fonctionnelles :

Déplacements : ☐ autonome ☐ semi - autonome ☐ dépendant
☐ Déambulateur ☐ canne ☐ fauteuil roulant
☐ lit strict ☐ autre :

	Autonome	Aide partielle	Aide Complète
Toilette			
Habillement			
Transferts			
Alimentation			
Communication			

- Autres dépendances :
➤ Prothèse (pace maker, prothèse orthopédique ...) ☐ non ☐ oui Si oui, précisez :

❖ **TRAITEMENT EN COURS** : Actuellement, le patient bénéficie-t-il d'un traitement médicamenteux ?

- ☐ **OUI** Merci de joindre la (les) dernière(s) ordonnance(s) en cours au moment de la demande d'admission
☐ **NON**

❖ **MODE DE VIE DU PATIENT** :

- ☐ Seul(e)
☐ entouré(e) : - Conjoint(e) autonome : ☐ oui ☐ non - Soutien familial : ☐ oui ☐ non
- Aide à domicile : ☐ oui ☐ non - Passage I.D.E. : ☐ oui ☐ non

- Prise en charge des aides actuellement en place /Démarches en cours :
☐ Aucune ☐ APA ☐ PCH ☐ Caisse de retraite ☐ Service d'accompagnement
☐ autre (préciser)

❖ **ORIENTATION POUR LE DEVENIR DU PATIENT** :

- ☐ Retour à domicile possible ☐ Organisation d'aides ☐ Orientation vers structure adaptée
☐ Démarches en cours - précisez lesquelles

❖ **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** :

.....
.....

❖ **PERIODE SOUHAITEE** : JANV - FEV - MARS - AVRIL - MAI - JUIN - JUIL - AOUT - SEPT - OCT - NOV - DEC

❖ **MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR** :

Je soussigné(e), Docteur certifie que l'état de santé
de Monsieur ou Madame nécessite une
hospitalisation complète en Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation.

Fait le :

Signature et cachet du médecin obligatoires