



FICHE DE PREADMISSION

Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur			Prise en charge des affections du système nerveux	
Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Sport	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du service demandeur : **Tel /Fax :**

NOM : PRENOMS :

Date de naissance : . / . . / Téléphone : Majeur protégé :

Profession : Chambre particulière : Oui Non

Adresse :

Le patient a-t-il déjà effectué un séjour au Centre Molini ? Oui Date : Non

Provenance : Hôpital Clinique Domicile Établissement de santé (Maison de retraite, SSR)

Personne à prévenir en cas de nécessité : Téléphone :

Nom, adresse et numéro du médecin traitant :

Pathologie justifiant la demande d'admission :

Date de l'opération / début de l'affection :

Objectifs de la rééducation / réadaptation :

	DATES	
Antécédents Médicaux		
Antécédents Chirurgicaux		
Pathologies Associées		

Transfusion sanguine : Oui Date : _____ Non

Allergies :

Tabagisme : Oui Non

Etat actuel :

Degré de l'atteinte : Grave Moyenne Légère Stabilisée

Douleur EVN (0 à 10) :

Y a-t-il des troubles sphinctériens ? Anal : Oui Non

Urinaire : Oui Non

Y a-t-il des escarres ? Oui Localisation : _____ Non

Possibilités fonctionnelles : Autonomie de déplacement : Oui Non

Marche : Oui Non Fauteuil roulant

Aide : avec cannes / cadre

Le malade peut-il ... ? Monter les escaliers : Oui Non Descendre les escaliers ? : Oui Non

Marcher seul ? Oui Non Se lever seul ? Oui Non

S'asseoir seul ? Oui Non Se tenir debout ? Oui Non

Présence de BMR ou BHR : Oui Non

Type d'isolement prescrit :

Le patient a-t-il bénéficié d'un rapatriement sanitaire ou d'une hospitalisation à l'étranger dans l'année avant son admission ? Oui Non

Risque de fugue : Oui Non

Soins infirmiers nécessaire :

Autonomie toilette Oui Non Autonomie WC Oui Non

Autonomie habillage Oui Non

Troubles de la vue : _____ Troubles de l'audition : _____

Etat psychique / Cognitif : Troubles cognitifs : Oui Non Précision :

Troubles psychologiques : Oui Non précision :

Régime alimentaire : Diabétique : Hypocalorique : Sans graisse :

Végétarien Restrictions religieuses Sans sel

Taille : Poids :kg

Mode de vie : Seul Aide à la vie quotidienne : par la famille

En famille par un prestataire

En établissement

Devenir à la sortie : Domicile Long séjour Autres

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS (à remplir obligatoirement) : hospitalier et personnel

Médicament	Date de 1ere prescription	Dosage	Posologie				Durée
			Matin	Midi	Soir	Coucher	

Lors de votre admission au Centre, nous vous demandons d'apporter votre dernière ordonnance établie par votre médecin traitant, et vos médicaments pour **48heures seulement**.

Possibilités de prises en charge assurées dans l'établissement :

Evaluation	<input type="checkbox"/>
Examens	<input type="checkbox"/>
Soins médicaux	<input type="checkbox"/>
Education thérapeutique	<input type="checkbox"/>
Réadaptions-réinsertion sociale	<input type="checkbox"/>
Rééducation	<input type="checkbox"/>

Cadre réservé au CRF Molini

(Ne pas remplir) / COMAD
Adéquation de l'état du patient à la prise en charge offerte par l'établissement.

OUI NON
Date :

DATE :/...../..... SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

(Ce document doit être rempli par le médecin traitant et adressé sous pli confidentiel portant la mention «Dossier médical», à l'accueil du Centre Molini.

(Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais leur absence peut entraver la prise en charge du dossier)



AGOSTA PLAGE – BP 916 – 20700 AJACCIO Cedex 9
Tel. 04 95 25 22 00
Fax. 04.95.25.46.33
E.mail : centre.molini@free.fr

CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D’OBTENIR LA PRISE EN CHARGE

Document confidentiel destiné au médecin-conseil

(Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier.

Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire

Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais leur absence peut entraver la prise en charge du dossier)

Nom :

Prénoms :

Née :

Date de naissance

Lieu de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Nom de l'assuré :

Prénoms :

Nom et adresse de la Caisse d'affiliation :

Motif médical du placement ou du renouvellement :

Durée du séjour :

Signature et cachet du médecin :

Ce document est à renvoyer au Centre Molini si vous êtes affilié à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (sauf s'il s'agit d'un accident de travail, auquel cas, il conviendrait d'adresser ce certificat à la CPAM).

Dans les autres cas, veuillez transmettre ce certificat à la caisse dont vous dépendez (RSI-RAM, MGEN, MSA...).

GD DP F 2019 002

GD PP A 2020 001