

**CLINIQUE DE VERDAICH  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
31550 GAILLAC-TOULZA  
05.61.50.91.00  
CENTRE DE REVEIL**

**FICHE DE PRE-ADMISSION**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Patient proposé par Dr

Service :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe :

Couverture sociale :

N° :

Date de fin de droit :

Mutuelle :

Coordonnées de la famille :

Cordonnée tuteur :

Date d'admission souhaitée :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Diagnostic et date de l'accident**

**Autres pathologies**

**Transfusé**    oui ()            non ()

**Traitement**

**Infection ou colonisation en cours**

BMR ()

**Allergie :**

## ETAT NEUROLOGIQUE

Relationnel ( ) Arelationnel ( )

Paraplégique ( ) Tétraplégique ( ) Hémiplégie droite ( ) Hémiplégie gauche ( )

## ETAT RESPIRATOIRE

Respirateur ( ) Trachéotomie ( ) O2. ....l/mn

Canule N° ... fenêtrée ( ) avec ballonnet ( ) sans ballonnet ( ) obturée ( )

## ELIMINATION

Autonome ( ) sonde à demeure ( ) étui pénien ( ) protections absorbantes ( )  
stomie ( ) exonération manuelle des selles ( )

## ALIMENTATION :

### > Parentérale .....

> **Entérale** : sonde nasogastrique ( ) gastrostomie ( ) jéjunostomie ( )

Mixtures sur 24 heures

> **Normale** repas normaux ( ) repas mixés ( ) repas moulinés ( )

régime : diabétique ( ) sans sel ( ) autre (à préciser)

aide ( ) dépendance totale ( )

## BOISSON :

Normale ( ) épaissie ( ) par sonde ( ) quantité par 24 heures :

## ETAT CUTANE

Escarres ( ) topographie

Matelas type :

**TOILETTE** : Autonome ( ) Aide partielle ( ) Aide totale ( )

## COMMUNICATION

Compréhension normale : oui ( ) non ( ) Expression normale : oui ( ) non ( )

## DEPLACEMENTS

Autonome ( ) marche avec aide ( ) dépendance totale ( ) fauteuil oui ( ) non ( )

## COMPORTEMENT

**Agité** oui ( ) non ( ) **Barrières** oui ( ) non ( ) **Contention** oui ( ) non ( )

**Agressivité** oui ( ) non ( ) **Fugue** oui ( ) non ( )