

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

POLYVALENT

**FICHE DE PRE-ADMISSION**

Gaillac-Toulza le :

Proposé par le Dr. :

Service de :

Téléphone :

Merci de donner votre réponse à :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Enfant mineur :

Date d'admission souhaitée :

Chambre individuelle : OUI

NON

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Motif de l'hospitalisation :

Diagnostic principal :

Nature et dates des interventions actuelles :

Autres pathologies :

Statut infectieux : OUI

NON

Identité du germe :

Traitement actuel :

Nom du Médecin traitant :

Anonymat souhaité :

**Surdité** :       **Cécité** :

**A.V.C.** : Fonctions supérieures normales       Fonctions supérieures altérées

**Personne Agée** : Fonctions supérieures normales       Fonctions supérieures altérées

**Traumatologie** - Arthroplastie unilatérale       Arthroplastie bilatérale

**Antécédents connus de chute** :

### **DEGRE D'AUTONOMIE**

**Toilette** : autonome       aide totale

**Habillage** : autonome       aide totale

**Soins cutanés** : pansement       Préciser le protocole

Escarres       localisation :

**Couchage** : Matelas normal       autre :

**Alimentation** : Normale       Régime type :

Autre :

**Continence** : Continence       Incontinence anale

Pénilex       Sonde urinaire

Changes complets       Autre :

**Déplacements** : autonome       cannes       fauteuil roulant