



Avenue JP. Marat
ZAC de l'Escaillon
13500 Martigues

Tel : 04 42 41 64 10
Fax : 04 42 41 64 11
Mail : val.soleil@wanadoo.fr

Direction : Carine SAILLARD

FICHE MÉDICALE DE PRE-ADMISSION

A remplir par le médecin traitant ou le praticien hospitalier

Le patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Provenance : Domicile Institution Hôpital

Le Médecin traitant

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

L'Etat clinique actuel du patient

Grille de dépendance (GIR).....

Autonomie	Grabataire	Semi-grabataire	Marche seul(e)
Désorientation :	OUI	NON	
Fugues :	OUI	NON	
Tendance à la chute :	OUI	NON	
Prothèse de hanche :	OUI	NON	
Escarres :	OUI	NON	
Incontinence :	NON	TOTAL	PARTIEL



Avenue JP. Marat
ZAC de l'Escaillon
13500 Martigues

Tel : 04 42 41 64 10
Fax : 04 42 41 64 11
Mail : val.soleil@wanadoo.fr

Direction : Carine SAILLARD

Pathologies nécessitant une surveillance particulière :

GLAUCOME	OUI	NON
AD.PROSTATIQUE	OUI	NON
DIABETE INSULI DEP	OUI	NON
AVK –HBPM	OUI	NON
INSUFFISANCE CARDIAQUE	OUI	NON
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	OUI	NON

Examens complémentaires déjà pratiqués :

TELETHORAX	OUI	NON
TESTS TUBERCULINIQUE	OUI	NON
URINES (présence de BMR connue)	OUI	NON
PRÉLÈVEMENT NASAL	OUI	NON
SELLES – ESCARRES	OUI	NON

Je soussigné Docteur.....

Déclare avoir examiné Mr ou Mme.....

Et atteste n'avoir décelé aucun signe clinique de maladie contagieuse ou psychiatrique contre-indiquant la vie en collectivité.

Fait le.....**Signature :**

MERCI DE JOINDRE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS VALABLE A CE JOUR

Cachet du médecin

Cachet du médecin
