

FICHE MÉDICO-ADMINISTRATIVE 02

Nom et prénom du **médecin traitant** : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

Nom et prénom du **médecin qui prescrit le séjour** : _____

Spécialité : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Autres médecins spécialistes référents

1. _____

2. _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

ALLERGIE médicamenteuse :

ALLERGIE ou intolérance alimentaire :

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Tabagisme actif : Oui Non

Si oui, souhaitez-vous l'intervention d'une infirmière spécialisée dans l'arrêt du tabac, pendant votre hospitalisation :

Oui Non

Suivi psychologique et social : Oui Non

Si oui, intervenants (Noms, spécialité, ville) :

FICHE MÉDICO-ADMINISTRATIVE 03

AUTONOMIE (Cocher la case correspondant à votre situation)

Soins d'hygiène (toilette, toilette intime, élimination)

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Habillage (bas de contention, lacet ses chaussures)

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

Avez-vous une sonde urinaire ou une stomie : Oui Non

Bénéficiez-vous d'une assistance respiratoire : Oui Non si Oui, de type : _____

Avez-vous une pompe à insuline : Oui Non

Avez-vous des plaies (ulcères variqueux, plaies artérielles, autres) : Oui Non

Si oui, Type et localisation : _____

Autres informations médicales que vous souhaitez signaler : _____

Pour votre hospitalisation, merci de nous indiquer vos disponibilités :

Ce dossier doit impérativement être accompagné :

- D'un **courrier de votre médecin** traitant ou du médecin qui prescrit le séjour mentionnant vos antécédents médicaux et chirurgicaux, allergies éventuelles, poids, taille, IMC et historique.
- Une copie de votre/vos **ordonnance(s)** avec l'intégralité de votre traitement actuel.
- Les résultats d'une **prise de sang récente** (NFS-Pq, urée, créatininémie, ionogramme, glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique, TSH, ASAT-ALAT, GGT, PAL, score FIB4 et pour les patients diabétiques une hémoglobine glyquée) + Microalbuminurie/créatininurie sur échantillon. *Si vous n'en avez pas, à demander à votre médecin.*
- Une **consultation de cardiologie** de moins de 2 ans ou un avis cardiologique < 6 mois (**compte rendu à joindre à la demande**) :
 - Pour les personnes âgées de **40 ans ou plus**
 - Pour les personnes ayant des **antécédents de maladie cardiaque ou artérielle** (AVC, artérite...), ou ayant d'autres **facteurs de risque cardiovasculaires** (Tabagisme, HTA, Diabète, Dyslipidémie, antécédents familiaux d'infarctus ou d'AVC...).

Si vous n'en avez pas et/ou qu'elle est trop ancienne, merci de vous adresser à votre médecin afin qu'il vous remette un courrier d'adressage au cardiologue d'attestation de non contre-indication à une activité physique quotidienne.

Date et Signature du patient :