

**FICHE MEDICALE DE PREADMISSION**

**CONFIDENTIEL**

(A envoyer directement sous pli confidentiel par le Médecin traitant au Médecin de l'établissement)

NOM : .....Prénoms : ..... Né(e) le : .....

Adresse :  
.....

Code postal : ..... Ville : ..... N° de tél : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

**Pathologie principale :** \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Motif(s) de l'hospitalisation, histoire de la maladie :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Pronostic, Objectif(s) du séjour :**

.....  
.....

ALD non  oui  Affection exonérante : .....

Indication d'éventuelles infections (BMR – BHRé):.....

Type de rééducation : .....

Régime alimentaire spécifique : .....

Oxygénothérapie : .....

Contexte social / Entourage :  
.....  
.....

Devenir : .....

**FICHE MEDICALE DE PREADMISSION****CONFIDENTIEL**

(A envoyer directement sous pli confidentiel par le Médecin traitant au Médecin de l'établissement)

Traitement précis ou Joindre ordonnance

DENOMINATION	POSOLOGIE	MATIN-MIDI-SOIR

Médecin traitant :

Nom : .....

Tél : .....

Fax : .....

e-mail :

Date et Signature du médecin

\* Contre-indications formelles

Toute maladie à sa phase aigüe ou contagieuse

Troubles du comportement