

Nom du patient :

CONTEXTE MÉDICAL

Poids:

Taille:

IMC:

Traitement: (Intitulé, dosage, posologie, heure de prise) :

Diagnostic :

Antécédents et Pathologies associées:

!! Merci de nous adresser par mail preadmission.irch@lna-sante.com l'ordonnance de sortie au départ du patient !!

Complications post opératoires :

Anémie sévère et transfusion

Problèmes thrombo-emboliques avec risque évolutif

Nécessité de surveillance et soins continus de cicatrice

Diagnostic annoncé au patient:

oui

non

Diagnostic annoncé à la famille:

oui

non

PARTICULARITÉS

Appui autorisé :

 oui

non : autorisé à quelle date ?

Risque de chute

 oui

non

Troubles de la déglutition :

 oui

non

Risque d'escarres

 oui

non

Escarre(s) constituée(s)

 Localisation(s):

Stade(s):

Infection à germe(s) multi-résistant(s) :

 oui

non

Le(s)quel(s) ?:

site(s) :

Antibiotique(s) ?

Présence de germe(s) multi-résistant(s) :

 oui

non

Le(s)quel(s) ?:

site(s) :

Antibiotique(s) ?

Vaccination COVID :

 oui

non

Autonomies (Mettre une croix dans chaque cas)

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Locomotion			

Continent	Incontinence occasionnelle	Incontinent

	Autonome	Partielle	Impossible
Compréhension			
Orientation			
Expression			

Fonctions cognitives :

Troubles du comportement :

Agitation

Risque de fugue

Agressivité

Troubles suicidaires

Déambulation

Autres :

Dépendance technique :

Trachéotomie

Oxygénothérapie

sonde urinaire

sonde naso-gastrique

chambre implantable

Matelas anti-escarres

Déambulateur

Aspiration trachéo-bronchique :

Matériel d'assistance respiratoire :

Stomie : Laquelle ?

Perfusion

Fauteuil roulant

Cannes

Institut de Réadaptation du CAP HORN

1 Rue de Kergonidec

29800 LANDERNEAU

Tél : 02 56 31 11 11

Fax : 02 56 31 11 01

e-mail : preadmission.irch@lna-sante.com