



FICHE DE PRÉ-ADMISSION

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Nom marital :

Prénom : Date de naissance : / ____ / ____ / ____ /

Adresse :

.....

Code postal : / ____ / Ville :

Téléphone : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / N°Sécurité sociale : / ____ /

Mutuelle :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant :

Motif de l'hospitalisation :

.....

Provenance :

Antécédents médicaux/ chirurgicaux :

.....

.....

Traitements en cours :

.....

.....

État somatique :

.....

.....

État psychique :

.....

.....

État social :

.....

.....

Durée de séjour envisagée :

Projet de soins :

.....

.....

Date : / ____ / ____ / ____ /

Nom et Signature :