



Centre Hospitalier

Date :

SSIAD

LE NOUVION EN THIERACHE

TEL : 03.23.97.56.03 FAX : 03.23.97.56.34

FICHE DE PRE-ADMISSION

Patient :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Tél :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Situation familiale :

Profession :

Nombre d'enfant :

Médecin traitant :

Infirmière :

APA :

Si Oui, nom de l'aide-ménagère :

Nombre d'heure :

Organisme de sécurité sociale :

Diagnostic médical ayant motivé la demande de prise en charge par le SSIAD :

ENTOURAGE :

Nom :

Adresse :

Prénom :

Lien de parenté :

N° de Téléphone :

Visite réalisée par :