

Formulée par :

NOM & Prénom

Assistante sociale

Secrétaire

Surveillante générale

Autre

Adresse

Téléphone

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PATIENT(E)

Nom:

Nom de jeune fille :

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

Tél.:

Mail :

Situation familiale :

Situation professionnelle :

ASSURE(E)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Tél.:

Nationalité

Caisse d'affiliation	Mutuelle
N° immatriculation	N° adhérent
(Sécurité Sociale)	
Le séjour est-il en rapport avec un accident de travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

	Personne à prévenir (en cas d'urgence)	Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions de soins)
Nom Prénom		
Adresse		
Téléphone		
Parenté/fonction		

Période entrée souhaitée

Chambre particulière souhaitée ? OUI NON

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli, et la date d'entrée sera fixée à la réception de la prise en charge et en fonction des places disponibles.

A son entrée le patient doit être en possession de ses cartes vitale et mutuelle à jour, ou à défaut prévoir le règlement du séjour.

Nom:..... Prénom:.....
 Etes-vous déjà venu dans notre clinique: oui non en quelle année:.....

II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pathologie motivant la demande d'admission :.....

Etiologie:.....

Pathologies associées:.....

Traitements en cours et posologies:.....

.....

Examens cliniques:.....

.....

Poids:..... Taille:..... TA:.....

Le patient a-t-il pris des dispositions en rapport avec la loi Léonetti (relative aux droits des malades et la fin de vie) (si oui lesquelles - directives anticipées.....)

.....

.....

.....

Le médecin soussigné certifie que l'état du patient répond aux conditions d'admission dans la clinique de soins de suite et de

réadaptation nutritionnelle "Le Méditerranée"

Date, signature et cachet du médecin.

APPRECIATION DE LA DEPENDANCE DU PATIENT

<p><u>MOTRICITE</u> Se déplace</p>	<p>- seul sans limite <input type="checkbox"/> - seul à l'intérieur de la chambre <input type="checkbox"/> - avec un soutien matériel <input type="checkbox"/> - avec un soutien humain <input type="checkbox"/> - en fauteuil roulant <input type="checkbox"/></p>	<p><u>TOILETTE ET HABILLAGE</u></p>	<p>- s'assume totalement <input type="checkbox"/> - doit être aidé <input type="checkbox"/> - reste au lit <input type="checkbox"/></p>
<p>ne se déplace pas</p>	<p>- reste en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> - reste au lit <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ALIMENTATION</u></p>	<p>- autonome <input type="checkbox"/> - mange seul une alimentation préparée <input type="checkbox"/> - doit être totalement nourri par un tiers <input type="checkbox"/> - trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> - Entérale <input type="checkbox"/> -Parentérale <input type="checkbox"/> (Produit utilisé.....)</p>
<p><u>INCONTINENCE</u></p>	<p>- aucune <input type="checkbox"/> - partielle <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/> - totale <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ETAT MENTAL</u></p>	<p><i>compréhension</i> <i>participation</i> -normal <input type="checkbox"/> -normal <input type="checkbox"/> -difficile <input type="checkbox"/> -difficile <input type="checkbox"/> -désorientation <input type="checkbox"/> -désorientation <input type="checkbox"/> -nulle <input type="checkbox"/> -nulle <input type="checkbox"/></p>

SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERES:

Appareillage:..... Soins particuliers:.....

Prothèse(s):..... Oxygénothérapie:.....

Pacemaker:..... Colostomie:.....

Pompe à morphine:..... Gastrostomie:.....

Pompe à insuline:..... Ureterostomie:.....

Autre:..... Trachéostomie:.....

Chimiothérapie en cours:.....

Radiothérapie en cours:.....

Pour les affections orthopédiques : appui: oui non

Autres renseignements:.....

Si transfert, date prévisible de sortie:.....