

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE ADMISSION

Toute demande incomplète peut être amenée à être refusée.

Identité du demandeur :

- Il est souhaité que la rédaction de la demande d'admission soit faite par le médecin (en lien avec l'équipe multidisciplinaire : IDE, AS, psychologue ...) : médecin traitant, Urgences, équipe mobile ...
- Les données apportées sur cette fiche doivent permettre d'évaluer l'état du patient et son degré d'autonomie.
- Des compléments téléphoniques entre médecin et/ou cadre de santé sont souvent nécessaires.

Nom et prénom(s) du patient :

Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

N° de téléphone :

Numéro sécurité sociale : _____

Mutuelle **(obligatoire)** :

Chambre particulière : ☐ Oui ☐ Non

Veuillez-vous renseigner auprès de votre mutuelle au préalable.

Coordonnées de la personne à prévenir : **(obligatoire)**

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Mail :

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Tutelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Informations :

- 1 - Le montant du forfait journalier est de 23 euros.
- 2 - La chambre particulière est payante.
- 3 - L'admission doit s'effectuer impérativement à 14h.
- 4 - Pas d'admission le week-end.
- 5 - Le ou la patient(e) doit prévoir un moyen de paiement (chèque, carte bleue ou espèces).



Pièces à fournir à l'entrée

- Carte d'identité
- Carte vitale
- Carte mutuelle
- Chèque de caution

CLINIQUE MADELEINE REMUZAT

Etablissement SMR d'une durée moyenne de séjour de 21 jours

Nom et prénom du patient (à réinscrire) :

Renseignements médicaux :

- Motif(s) d'hospitalisation :

- Antécédents :

- Traitement (joindre l'ordonnance) : **(obligatoire)**

Projet de vie (devenir) :

Retour à domicile : ☐ Oui ☐ Non

Placement : ☐ Oui ☐ Non

Nom et prénom du patient (à réinscrire) :

Autonomie du patient : **(obligatoire)**

Taille : _____

Poids : _____

Peut-il :

	Seul	Partiellement	Aide totale
Faire sa toilette			
S'habiller			
Manger			
Se déplacer			
Monter et descendre les escaliers			

A cocher et compléter selon les cas :

	OUI		NON
Incontinence urinaire	Jour	Nuit	
Incontinence anale	Jour	Nuit	
Oxygénothérapie	L/min :		
Escarres	Localisation :		
	Stade :		
Troubles du comportement	Précisez :		

Nom et prénom du patient (à réinscrire) :

	Oui	Non
Agitation		
Déambulation		
Fugue		
Agressivité		
Fauteuil roulant		
SNG (Sonde Naso Gastrique)		
Perfusion		