



Clinique Mer Air Soleil	DOSSIER PRÉ-ADMISSION HDJ	Référence EN DPA 001 Indice: a	Page 1/4
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------

Clinique Mer Air Soleil
Route de Port Vendres
66190 Collioure
Tél : 04 68 88 77 60
Mail : hdj.collioure@emeis.com

Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir joindre au dossier de demande d'admission en HDJ les pièces suivantes :

Dossier administratif :

- ☐ Attestation de carte vitale avec les droits en cours de validité
- ☐ Photocopie de la carte vitale
- ☐ Photocopie de la carte de mutuelle
- ☐ Carte Nationale d'Identité ou passeport

Dossier médical :

- ☐ Listing des traitements médicaux
- ☐ Ordonnance du traitement à faxer 48h avant l'admission du patient.

En vous remerciant de votre confiance.

Confraternellement,

L'équipe médicale

Matériel à prévoir :

- Tenue de sport
- Pour Balnéothérapie prévoir : maillot, bonnet, claquette, serviette.

Dossier à envoyer à l'HDJ par mail : hdj.collioure@emeis.com

Tout dossier incomplet, ne sera pas traité



Clinique Mer Air Soleil	DOSSIER PRÉ-ADMISSION HDJ	Référence EN DPA 001 Indice: a	Page 2/4
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------

Date de la demande : Date d'admission souhaitée :

Nom du demandeur : Etablissement :
Médecin traitant : Tél :
Mail :

ETAT CIVIL

Le patient et sa famille ont-ils donné leur accord pour une prise en charge en HDJ dans notre établissement :
OUI ☐ NON ☐

NOM : Prénom(s) :

NOM de jeune fille : Vit seul ☐ En couple ☐

Date de naissance : / / Au domicile ☐ En institution ☐

Adresse : | Téléphone patient :
..... | Mail :

Situation sociale : Salarié(e) ☐ Retraité(e) ☐

Personne à prévenir (nom/ prénom /lien de parenté, téléphone) :
.....

Mesure de protection : OUI ☐ (Type : Sauvegarde ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐) NON ☐ Demande en cours ☐

Coordonnées tuteur ou curateur :

Démarches sociales effectuées :

APA ☐ Allocation compensation ☐ Recherche EHPAD ☐
AAH ☐ Aide sociale placement ☐ Carte invalidité ☐

ADMINISTRATIF

Organisme de S.S. : Adresse :

N° sécu :

Qualité du bénéficiaire : Assuré(e) ☐ Conjoint ☐ Ayant droit ☐ Enfant ☐

Mutuelle : OUI ☐ NON ☐

Nom :

Tél : Fax :

Adresse :

Séjour en rapport avec : ALD ☐ AT ☐ CMU ☐ ART 115 ☐



Clinique Mer Air Soleil	DOSSIER PRÉ-ADMISSION HDJ	Référence EN DPA 001 Indice: a	Page 3/4
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE

- ☐ NRL
- ☐ Locomoteur
- ☐ Polyvalent patient chuteur

Autres (à préciser) :

Précisions éventuelles :
.....
.....
.....

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom : Taille : Poids :

- Diagnostic actuel :
.....
.....

- Allergies médicamenteuses ou alimentaires :
.....
.....

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :
.....
.....

- Facteurs de risques :

☐ insuffisance cardiaque ☐ BMR :

☐ Radiothérapie ☐ Chimiothérapie

☐ VIH

☐ Hépatite : A - B - C

☐ Dialyse

☐ Suivi cardiologue ? Si oui, nom du cardiologue : Date dernière visite :

☐ Lésion cutanée : nature : localisation :

Pansements ? (Type, surveillance... Joindre le protocole s'il y en a un) :
.....

☐ Addiction Tabac/ Alcool/ Drogue



Clinique Mer Air Soleil	DOSSIER PRÉ-ADMISSION HDJ	Référence EN DPA 001 Indice: a	Page 4/4
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------

- Traitement en cours (Merci de joindre l'ordonnance à ce dossier) :

.....

.....

.....

- Traitements spéciaux :

☐ Perfusions ☐ Gastrostomie ☐ O2 thérapie ☐ Portacath ☐ Autres précisez :

GRILLE D'AUTONOMIE

Nom :

Prénom :

➤ AUTONOMIE

ALIMENTATION	ELIMINATION	TOILETTE	HABILLAGE
☐ Seul ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Sonde gastrique ☐ Régime	☐ Normale ☐ Incontinence urinaire / ☐ fécale ☐ Sonde urinaire à demeure ☐ Sondages intermittents ☐ Cathéter sus pubien ☐ Iléo/colostomie	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

➤ MOBILITE Appui autorisé ☐ OUI ☐ NON

MARCHE	TRANSFERT LIT FAUTEUIL
☐ Seul ☐ Aide d'un tiers ☐ Aide d'un déambulateur ☐ Aide de cannes ☐ Aide d'un fauteuil roulant	☐ Seul ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Lève malade

➤ COMPORTEMENT Suivi Psychologique : ☐ OUI ☐ NON

COMMUNICATION			TROUBLE DU COMPORTEMENT
	Normale	Altérée	
Vision	☐	☐	☐ Désorientation
Audition	☐	☐	☐ Déambulation
Expression	☐	☐	☐ Risque de fugue
Compréhension	☐	☐	☐ Agressivité
			☐ Confusion
			☐ MMSE

Nom et qualité :

Signature :