



**QUESTIONNAIRE MÉDICAL  
DE PRÉ-ADMISSION  
CLINIQUE LA SALETTE  
- PATIENT ADULTE -**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

Nom : ..... Prénom : .....

Motif(s) d'hospitalisation : .....

Antécédents : .....

Traitement en cours (merci de joindre la dernière prescription) :

**PROJET DE VIE (DEVENIR) :**

Retour à domicile :  Oui  Non

Placement :  Oui  Non

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION CLINIQUE LA SALETTE - PATIENT ADULTE -

### AUTONOMIE DU PATIENT :

Nom : ..... Prénom : .....

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

Peut-il :

	Seul	Partiellement	Aide totale
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A cocher et compléter selon les cas :

	Oui		Non
Incontinence urinaire	Jour <input type="checkbox"/>	Nuit <input type="checkbox"/>	
Incontinence anale	Jour <input type="checkbox"/>	Nuit <input type="checkbox"/>	
Oxygénothérapie	L/min :		
Escarres	Localisation :		
	Stade :		
Troubles du comportement	Précisez :		

Agitation :  Oui  Non

Fauteuil roulant :  Oui  Non

Déambulation :  Oui  Non

SNG :  Oui  Non  
 (Sonde Naso Gastrique)

Fugue :  Oui  Non

Perfusion :  Oui  Non

Agressivité :  Oui  Non

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE  
 AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

**18 Traverse de la Salette, 13012 Marseille  
 Tél. : 04.91.18.63.63 - Email : secmed2.lasalette@emeis.com**