

Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour - réadaptation nutritionnelle

DOSSIER A ENVOYER	Par courrier : La Menaudière - Service des admissions BP 30009 2, allée de La Menaudière 41401 MONTRICHARD CEDEX
	Par Fax 02.54.71.19.22

NOS COORDONNEES
▶ Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23

Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle complémentaire
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité

VOS COORDONNEES : Etablissement demandeur ou médecin traitant :
Service demandeur : ☎ Fax :
Adresse :
Mail.....@.....

PATIENT	
Nom.....	Prénom.....
Nom de jeune fille	Profession
Date de naissance.....	Age.....
Situation familiale	
Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Habitat de plain-pied : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Chambre à l'étage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse.....	
..... ☎	
N° sécurité sociale :	Caisse sécurité sociale :
Mutuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Caisse Mutuelle :
Protection juridique <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle

Personne à prévenir - Nom et prénom ☎
Adresse :
Lien avec le patient :

SEJOUR DEMANDE
Date d'entrée souhaitée :

ATTENTION : Pour *une continuité des soins optimale*, merci de remplir cette fiche de façon *exhaustive*.
Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit
Prévenir le service en cas d'abandon de la demande

Nom/Prénom du patient :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

Si intervention, date :

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux :

Objectif du séjour :

Pronostic :

Soins palliatifs Oui Non

Possibilités de récupération Oui Non

AUTONOMIE

Toilette

- Seul
 Aide partielle
 Complète

Alimentation

- Seul
 Avec aide
 Anorexie

 Fausse routes
 Sonde gastrique
 Haché/mixé

Elimination

- Contenance urinaire
 Oui Non
 Sonde urinaire

Contenance fécale
 Oui Non
 Stomie

Mobilisation

- Se lève seul
 Aide aux transferts
 Aide totale
 Aide matérielle
lesquelles :
 Sans appui :

Etat Cutané

- Escarres
Localisation
.....
 Ulcères
Localisation
.....

Infection

- Oui Non
Localisation
.....

Communication

- Aphasie
 Propos incohérents
 Surdité
 Malvoyance
 Cécité

Comportement

- Désorientation temporo spatiale
 Agitation
 Agressivité
 Risque de fugue

TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Oxygène Oui Non

Kiné locomotrice

Orthophonie

REGIME :

Poids

Taille.....

IMC.....

SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : nature : temps :

Stomie Trachéotomie Aspiration

Autres :

Date de la demande : __ / __ / ____

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM :

Prénom:

Age :

Séjours précédents :

Lieu :

Année :

Quelle est votre attente par rapport au séjour que vous demandez :

Taille :

Poids actuel :

Poids maximum :

Souffrez-vous de :

- Diabète
- Maladies cardio-vasculaires
- Maladies articulaires et mécaniques
- Respiratoires
- Psychologiques
- Autres (préciser)
-

Evaluation de votre autonomie :

Vous déplacez-vous avec une aide

oui non

Si oui : avec une canne

avec un déambulateur

avec un fauteuil roulant

Avez-vous besoin d'aide pour

la toilette : non oui

l'habillage : non oui

autre : non oui

Autres précisions que vous souhaiteriez apporter : _____

➔ Marchez-vous : - de 200 m + de 200 m

Pouvez-vous monter les escaliers oui non

Alimentation actuelle : Normale

Régime particulier : _____

A L'EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

ETIQUETTE PATIENT

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.

La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.

Je soussigné(e), NOM..... PRENOM.....

→ Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent Un proche Mon médecin traitant Autre....

J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

→ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à..... Le.....

Signature du patient