

## Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour - rééducation fonctionnelle

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
- Copie des dernières consultations et hospitalisations

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

<b>PATIENT</b>	
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 : .....

<b>SEJOUR DEMANDE</b>
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

# FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE

## 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