

DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN HDJ

DATE DE LA DEMANDE	NOM DU MEDECIN	Accord du patient pour la prise en charge	
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
DATE D'ENTREE SOUHAITEE			

IDENTIFICATION DU PATIENT	PERSONNE A PREVENIR
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénoms :	Prénoms :
Date de naissance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
Téléphone :	Courriel :
Courriel :	Lien de parenté :
Situation familiale :	Informée du transfert : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vit seul :	
Coordonnées du médecin traitant :	

COUVERTURE SANTE DE L'ASSURE	
N° Sécurité sociale :	Protection juridique :
Mutuelle / complémentaire santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sauvegarde juridique
Organisme :	<input type="checkbox"/> Curatelle
CSS(CMU) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tutelle
ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Organisme :

DOSSIER MEDICAL	
Motif principal de la demande d'admission :	Antécédents :

ALLERGIES :

TRAITEMENT EN COURS / LETTRE DE LIAISON
Joindre à la demande les dernières prescriptions médicamenteuses et le cas échéant le dernier compte-rendu d'hospitalisation

ETAT CLINIQUE ACTUEL / STATUT VACCINAL			
BMR	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Vaccination antigrippale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Vaccination anti-covid	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date : Date de la dernière contamination :

ÉTAT NUTRITIONNEL

Poids kg : IMC : Oui Non Perte de poids récente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui combien ? En combien de temps ? Jéjunostomie / Gastrostomie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres :	Régimes particulier Oui Non Diabétique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypercalorique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Texture alimentaire normale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

AUTONOMIE

Élimination				
Urinaire	<input type="checkbox"/>	Sans aide	<input type="checkbox"/>	Aide partielle
				<input type="checkbox"/>
				Aide totale
Anale	<input type="checkbox"/>	Sans aide	<input type="checkbox"/>	Aide partielle
				<input type="checkbox"/>
				Aide totale
Déplacements				
Transferts (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/>	Sans aide	<input type="checkbox"/>	Aide partielle
				<input type="checkbox"/>
				Aide totale
Intérieur	<input type="checkbox"/>	Sans aide	<input type="checkbox"/>	Aide partielle
				<input type="checkbox"/>
				Aide totale
Extérieur	<input type="checkbox"/>	Sans aide	<input type="checkbox"/>	Aide partielle
				<input type="checkbox"/>
				Aide totale
Mobilité	<input type="checkbox"/>	Avec déambulateur	<input type="checkbox"/>	Avec fauteuil roulant
				<input type="checkbox"/>
				Avec canne
Vision	<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>	Diminuée
			<input type="checkbox"/>	Appareillé
				<input type="checkbox"/>
				Cécité
Audition	<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>	Diminuée
			<input type="checkbox"/>	Appareillé
				<input type="checkbox"/>
				Surdité
Etat psycho comportemental	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Désorientation
			<input type="checkbox"/>	Agitation
				<input type="checkbox"/>
				Agressivité
Déambulation	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
				<input type="checkbox"/>
				Risque de fugue
			<input type="checkbox"/>	Oui
			<input type="checkbox"/>	Non
Suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
				<input type="checkbox"/>
				Intervenant
				Nom :
				Tél.

Documents   fournir – Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

<ul style="list-style-type: none"> Carte d'identité Carte vitale Attestation de sécurité sociale Mutuelle ou CMU 	<i>Joindre le courrier médical + l'ordonnance du traitement en cours</i>
--	---

Signature du médecin demandeur

Vous pouvez nous transmettre votre demande par :

<ul style="list-style-type: none"> Mail : admissions.csj@lifen.mssante.fr Courrier : Clinique Saint Joseph - Service des admissions - 37 Rue Roland Garros - 97480 Saint-Joseph Fax : 0262 48 94 88
--