



CLINIQUE LES TROIS SOLEILS

CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

19, rue du Château - 77310 BOISSISE LE ROI

Tél : 01 64 71 80 00 – Fax : 01 60 65 76 25

DEMANDE D'ADMISSION Questionnaire médical

Nom du malade : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Profession : _____ Date de naissance : _____

N° S.S : _____ Entrée demandée vers le : _____

Nom de l'établissement et du service d'origine : _____

Pour vous contacter, votre téléphone : _____

Nom du médecin demandeur : _____

- Pour :
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation complète | } | <input type="checkbox"/> en chambre particulière |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation de jour | | <input type="checkbox"/> en chambre à 2 lits |

N.B. : si l'état du patient permet de prévoir une hospitalisation complète de moins de 15 jours, puis un transfert en hôpital de jour, cochez les deux cases.

En hospitalisation de jour, la distance entre le domicile et notre établissement doit être inférieure à 30 km. Si distance inconnue, ne pas oublier d'indiquer l'adresse du domicile ou le code postal.

Protection juridique : Sans Sauvegarde de justice, Curatelle ou Tutelle Inconnu

RESUME DE L'AFFECTION justifiant l'hospitalisation

(à remplir obligatoirement par le médecin ou le chirurgien)

Antécédents : _____

Hospitalisation à l'étranger dans l'année précédente : oui non

Exotoxicose : _____

Diagnostic de l'affection : _____

Traitements effectués et date de la dernière intervention : _____

Suites opératoires : _____

Médicaments actuels et en particulier anti-coagulants : _____

ETAT ACTUEL

Poids / taille (même de façon approximative) : _____

Etat général : Bon Assez bon Médiocre

Escarres : oui Risque évalué : Faible Moyen Elevé
 non

Troubles sphinctériens oui Si oui : Vésical Anal Sonde urinaire
 non

Autonomie :

- le malade peut-il se nourrir seul ? oui non
- " " s'habiller seul ? oui non
- " " marcher seul ? oui non
- communique-t-il normalement ? oui non

Aides techniques : canne(s) déambulateur fauteuil manuel fauteuil électrique

Remarques : _____

En cas de chirurgie orthopédique du membre inférieur, préciser :

- appui sur le membre opéré : total partiel interdit
- l'appui total sera autorisé le : _____

Etat psychique : _____

Etat cardio-vasculaire : _____

Infections : oui non Germes : _____

Prélèvement si hospitalisation à l'étranger : oui non Si oui : positif négatif

Porteur de BMR : oui non

Transfusion : oui non **Autotransfusion :** oui non

Régime alimentaire (médical, religieux ou personnel) : _____

TRAITEMENT A PREVOIR (au cours de l'hospitalisation et renseignements complémentaires) :

Où et à quelle date désirez-vous revoir votre malade en consultation ? _____

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN DEMANDEUR :