



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

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à remplir par le secrétariat en vue d'hospitalisation)

Nom du malade : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Profession : _____ Age : _____

N° de S.S. : _____

Nom de l'Établissement d'origine : _____

Nom du médecin ou du chirurgien traitant : _____

Prise en charge demandée le : _____ au Centre de : _____

pour une durée de : _____ (notre n° de convention : 77.030.025.9)

Entrée demandée vers le : _____

Chambre particulière

Chambre à plusieurs lits

Lit accompagnant

RÉSUMÉ DE L'AFFECTION justifiant l'hospitalisation

(à remplir obligatoirement par le médecin ou le chirurgien traitant)

Antécédents : _____

Exotoxicose : _____

Diagnostic de l'affection : _____

Traitements effectués et date de la dernière intervention : _____

Suites opératoires : _____

Régime : _____

Médicaments actuels et, en particulier, anti-coagulants : _____

ÉTAT ACTUEL

État général : bon - assez bon - médiocre - Poids : _____

État psychique : _____

Troubles de la vue : _____

État cutané : escarres : oui - non - autre affection : _____

Troubles sphinctériens : oui - non

État cardio-vasculaire : _____

Autre affection : _____

État locomoteur : _____

le malade peut-il marcher seul ? oui - non

« « s'habiller seul ? oui - non

« « se nourrir seul ? oui - non

a-t-il des troubles de la parole ? oui - non

En cas de chirurgie orthopédique :

- appui sur le membre opéré : interdit

contact

partiel

total sans canne

avec une ou deux cannes

- l'appui total sera autorisé le : _____

Infection nosocomiale : oui - non

Germes - Antibiogrammes : _____

Transfusion : oui - non

Autotransfusion : oui - non

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

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

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN DEMANDEUR :