

## QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRÉ ADMISSION HOPITAL DE JOUR

A retourner par mail à :  
[secmedhj@centresfeuillades.com](mailto:secmedhj@centresfeuillades.com)

Tél. Secrétariat médical :  
**04.42.17.05.35**

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR \_\_\_\_\_

MEDECIN DEMANDEUR \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Tampon du Médecin

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Mr ☐ Mme ☐ Nom : \_\_\_\_\_

Nom jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date d'admission souhaitée le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DONNEES MEDICALES

DIAGNOSTIC PRINCIPAL \_\_\_\_\_

Date du début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ou Date et nature de l'intervention)

Histoire de la maladie et tableau clinique : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux/chirurgicaux: \_\_\_\_\_

Troubles cognitifs : ☐ aucun ☐ légers ☐ modérés ☐ sévères

Troubles du langage : ☐ aucun ☐ légers ☐ modérés ☐ sévères

Autonomie pour les déplacements : ☐ marche seule(e) ☐ marche autonome avec aide technique  
☐ Fauteuil roulant autonome

Autonomie pour les transferts : ☐ complète ☐ aide humaine légère ☐ aide totale

Oxygénothérapie : ☐ oui (débit : \_\_\_\_\_) ☐ non Continence : ☐ oui ☐ non

Situation environnementale : vit seul ☐ oui ☐ non entourage familial ☐ oui ☐ non

Toute demande incomplète ne saurait être traitée par notre commission des admissions.

*En cas d'aggravation ou de modification significative de l'état de santé du patient, pensez à nous en informer.*

*Dans le cas où le dossier d'admission reçoit un avis favorable et l'admission validée (date et heure fixée), il est impératif que le patient arrive au Centre avec son dossier médical complet (lettre, protocole opératoire, fiche de liaison IDE, radios...).*

### Cadre réservé au CRF LES FEUILLADES – Ne pas remplir

#### PROGRAMMATION DES SEANCES

Jours : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ vendredi

Horaires : ☐ matin ☐ après-midi

Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Kinésithérapeute : \_\_\_\_\_