



**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 : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

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 Contenance :  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 : \_\_\_\_\_