



**QUESTIONNAIRE MEDICAL
DE PRÉ ADMISSION
HOPITAL DE JOUR**

A retourner par courrier :
CRF LES FEUILLADES
1330 Chemin d'Eguilles
13090 AIX-EN-PROVENCE

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 : _____