


DOSSIER DE PRE-ADMISSION

HOPITAL DE JOUR

*Ce document est à télécopier IMPERATIVEMENT
au secrétariat médical de l'hôpital de jour
au 01 34 79 43 47*

IDENTIFICATION DU MEDECIN REFERENT PRESCRIPTEUR

SERVICE :	Date de la demande :
MEDECIN REFERENT :	DATE OU PERIODE D'ADMISSION SOUHAITEE
	
télécopie :	

CONFIDENTIALITE

Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'**usage exclusif** du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de **nous contacter immédiatement**..

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

SITUATION FAMILIALE :

NBRE ENFANTS :

PROFESSION :

EN ACTIVITE Oui NON

ADRESSE :

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

COORDONNEES DE L'ORGANISME DE PRISE EN CHARGE

NUMERO IMMATRICULATION :

COORDONNEES DE MUTUELLE

COORDONNEES DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE :

EN CAS D'HOSPITALISATION DE SEMAINE OU DE JOUR, PATIENT ET / OU LA FAMILLE PEUVENT – ILS ASSURER LES TRANSPORTS PENDANT LE SEJOUR ?

Oui NON

En cas d'impossibilité d'assurer par eux même les transports, ne pas oublier de faire une demande d'entente préalable auprès du centre de sécurité sociale.

FICHE MEDICALE

Identification du patient

NOM :

Nom de jeune fille

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

MOTIF D'HOSPITALISATION ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PATIENT PORTEUR DE BMR OUI NON

ENTENTE PREALABLE POUR TRANSPORT

NON OUI EN VSL EN AMBULANCE EN TAXI LA FAMILLE

POSSIBILITE DE RETOUR QUOTIDIEN AU DOMICILE

TYPE DE REEDUCATION SOUHAITEE

- KINESITHERAPIE
 - ERGOTHERAPIE
 - ORTHOPHONIE
 - BALNEOTHERAPIE
 - ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE
 - REENTRAINEMENT A L'EFFORT
- Fréquence hebdomadaire Durée souhaitée de prise en charge
- temps de prise en charge prévisionnelle sur une journée d'HDJ :heures

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES A PREVOIR LE JOUR DE L'HOSPITALISATION

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BUD | <input type="checkbox"/> EFR | <input type="checkbox"/> Holter glycémique |
| <input type="checkbox"/> Débitmétrie | <input type="checkbox"/> Fibroscopie bronchique | <input type="checkbox"/> o Retrait + |
| <input type="checkbox"/> Catalogue mictionnel | <input type="checkbox"/> Epreuve d'effort respiratoire | analyse |
| <input type="checkbox"/> Mesure de résidu par
Bladderscan | <input type="checkbox"/> Test de marche 6 mn | <input type="checkbox"/> o Pose + |
| <input type="checkbox"/> Rx | <input type="checkbox"/> Questionnaire qualité de vie | éducation |
| <input type="checkbox"/> Autre..... | <input type="checkbox"/> Pesée avec impédance métrie | <input type="checkbox"/> Surveillance TA |
| | <input type="checkbox"/> Autre..... | <input type="checkbox"/> Autre |

EXAMENS COMPLEMENTAIRES A PREVOIR LE PREMIER JOUR DE L'HOSPITALISATION

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bilan standard <i>diabéto</i>
<input type="checkbox"/> Bilan standard <i>pneumo</i>
<input type="checkbox"/> Bilan standard <i>MPR</i> | <input type="checkbox"/> GDS artériel
<input type="checkbox"/> Bandelette urinaire
<input type="checkbox"/> Contrôles glycémiques par Dextro | <input type="checkbox"/> Autre.....
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
|---|--|---|
-
- PRISE EN CHARGE DIETETIQUE
 - PRISE EN CHARGE PAR PSYCHOLOGUE
 - AUTRE

APPAREILLAGES DIVERS : (*matériel de déambulation, d'oxygénothérapie, autres*)

.....

.....

.....

TRAITEMENT :

.....

.....

.....

.....

.....

DEGRE DE DEPENDANCE DU PATIENT :

TOILETTE – HABILLAGE	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
STATION ASSISE	<input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Impossible
MARCHE	<input type="checkbox"/> Sans soutien	<input type="checkbox"/> Avec soutien	<input type="checkbox"/> Impossible
INCONTINENCE URINAIRE	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Complète
SONDAGE URINAIRE	<input type="checkbox"/> A demeure	<input type="checkbox"/> intermittents	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCE ANALE	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Complète
ETAT CUTANE	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Plaie(s)	
PLAIE(S)			
Localisation 1	Localisation 2 :.....		
Protocole de soins.....	Protocole de soins.....		