

Clinique Les Oliviers	QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-ADMISSION	Référence : EN OPC 017 Indice : C	Page : 2/2
--------------------------	---	---	-------------------

IMPORTANT : Veuillez remettre à votre patient son dossier radiologique et les résultats de ses examens biologiques récents, ainsi que son traitement médicamenteux en cours.

État clinique du patient à remplir (mettre une croix à la mention correspondant) :

COMPREHENSION		PARTICIPATION		HABILLAGE		TOILETTE	
Normale		Normale		Autonome		Autonome	
Difficile		Faible		Aide Partielle		Avec Aide	
Désorientation		Négative		Aide Totale		Complète	
Communication impossible		Nulle		Impraticable		Pluri-quotidienne	

INCONTINENCE		MOTRICITE		ALIMENTATION		COMPORTEMENT	
Aucune		Autonome		Autonome		Normal	
Occasionnelle		Avec Aide		Installer Surveiller		Dépression	
Permanente		Difficile		Faire Manger		Agitation	
Totale		Nulle		Régime		Agressivité	
Sonde à demeure		Fauteuil roulant		Sonde de nutrition		Fugues	

Taille :		Poids :	
-----------------	--	----------------	--

Soins locaux :	Cicatrices :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Escarres :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------	------------------------------	------------------------------

Existence d'une infection nosocomiale :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui indiqué le germe :	
	localisation :	

OBJECTIFS ATTENDUS DE NOTRE ETABLISSEMENT :

Kinésithérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Contre-indiquée <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------------	------------------------------	--

Surveillance Souhaitée	Biologique <input type="checkbox"/>	Radiologique <input type="checkbox"/>	Électrocardiographique <input type="checkbox"/>
	Autre :		

Devenir à l'issue du séjour :	Retour au Domicile <input type="checkbox"/>	Autre Structure <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	--

Je certifie que le malade désigné ci-dessus ne présente ni affection contagieuse, ni affection psychiatrique, ni comportement incompatible avec la vie en collectivité,
Date :

Nom, Titre et Signature du Médecin, Nom, Coordonnées et cachet de l'Établissement