

Clinique Les Oliviers	QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-ADMISSION	Référence : EN OPC 017 Indice : C	Page : 1/2
--------------------------	---	---	---------------

Merci de renseigner entièrement ce questionnaire et de le renvoyer confidentiellement au
Médecin coordinateur, à l'adresse suivante :

Clinique les Oliviers – 981 RD 25 – 83830 CALLAS
ou par **fax** aux admissions au **04.94.39.19.94**
ou par mail : accueil.callas@emeis.com

Nom :	Prénom :	Date de naissance :/..../.....
Adresse :		
Numéro de téléphone	
Numéro de sécurité sociale :	
Mutuelle :	
Coordonnées de la personne à prévenir (téléphone adresse) :		
Chambre particulière : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Date d'admission souhaitée :		

MOTIF D'HOSPITALISATION	
MODE DE VIE :
Histoire de la maladie :	
Antécédents (médicaux, chirurgicaux) Merci de joindre les derniers comptes rendus des spécialistes ou de la dernière hospitalisation.

Traitements (Merci de nous joindre la ou les dernières ordonnances) :	
--	--

Rdv prévu ou à prévoir :

Coordonnées du médecin et des spécialistes (Noms, téléphone) :	
Médecin traitant :	
Cardiologue :	
Pneumologue :	
Autres :	

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

<u>Taille :</u>		<u>Poids :</u>	
-----------------	--	----------------	--

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

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

OBJECTIFS ATTENDUS DE NOTRE ETABLISSEMENT :

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

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

<u>Devenir à l'issue du séjour :</u>	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