



## Clinique LA MAJOLANE

3, rue Docteur Frédéric DUGOUJON - 69330 MEYZIEU  
Tél. : 04 37 44 27 34 - Fax : 04 37 44 27 27 - E-mail : priscilla.barisio@emeis.com

---

### Demande d'admission Hôpital de Jour Clinique La Majolane

Sexe :  Féminin  Masculin

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Situation de famille :

Adresse :

N° de téléphone :

N°Sécurité Sociale :

Coordonnée de la mutuelle (Nom,  
Adresse et Numéro de téléphone) :

## DONNEE MEDICALES DU PATIENT

<b>Nom et prénom du patient :</b>	<b>Date d'admission souhaitée :</b>
<b>Motif d'hospitalisation :</b> (joindre compte-rendu)	<b>Traitements :</b> (joindre ordonnance à jour)  <b>Orthopédie :</b> Consignes de rééducations Date d'appui :
<b>Histoire de la maladie :</b> (joindre compte-rendu)	  <b>Validité fonctionnelle</b> <b>Mobilité</b> <input type="checkbox"/> Marche parfois <input type="checkbox"/> Marche fréquemment  <b>Moyens de suppléance</b> <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Orthèses
<b>Date de l'intervention :</b> (joindre compte-rendu opératoire)	  <b>Dépendance</b> <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements <input type="checkbox"/> Autonome dans les déplacements
<b>Antécédents :</b>	<b>Autonomie :</b>  <input type="checkbox"/>
<b>Allergies médicamenteuses :</b>	
<b>Etat clinique :</b>	
<b>Respiration :</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	
<b>Trouble du comportement :</b>  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Continence :</b> Urinaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fécale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Stomie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<p><b>Validité neuropsychique :</b></p> <p>Conscience : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée</p> <p>Compréhension : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée</p> <p>Expression : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée</p> <p>Dépression : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Désorientation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Facteurs de risque (conduites addictives) :</b></p> <p>Tabac : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Alcool : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Médicaments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Autres : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      Précisez :</p> <p><b>Etat cutané :</b></p> <p>Escarres ou plaies :</p> <p>Localisations:</p>	<p><b>Nutrition :</b></p> <p>Poids :</p> <p>Taille :</p> <p>Régime :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Normal</li> <li><input type="checkbox"/> Diabétique</li> <li><input type="checkbox"/> Pauvre en sel</li> <li><input type="checkbox"/> Pauvre en graisse</li> <li><input type="checkbox"/> Sans viande</li> </ul>
--	---

**Programme de soins HDJ demandé :**

- Programme Séniор
- Programme Nutrition
- Programme Locomoteur

**Identification du prescripteur**

Nom du médecin :	Cachet du médecin + signature :
Adresse :	Date :
Téléphone :	
Adresse	
mail:	

**Merci de joindre un courrier médical en plus du présent questionnaire**

DATE ..... /...../.....

Signature patient :