



## **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><u>Motif d'hospitalisation :</u></b> (joindre compte-rendu)	<b><u>Traitements :</u></b> (joindre ordonnance à jour)
<b><u>Histoire de la maladie :</u></b> (joindre compte-rendu)	<b><u>Orthopédie :</u></b> Consignes de rééducations  Date d'appui :
<b><u>Date de l'intervention :</u></b> (joindre compte-rendu opératoire)	<b><u>Validité fonctionnelle</u></b> <b>Mobilité</b> <input type="checkbox"/> Marche parfois <input type="checkbox"/> Marche fréquemment
<b><u>Antécédents :</u></b>	<b>Moyens de suppléance</b> <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Orthèses
<b><u>Allergies médicamenteuses :</u></b>	<b>Dépendance</b> <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements <input type="checkbox"/> Autonome dans les déplacements
<b><u>Etat clinique :</u></b>	<b>Autonomie :</b>  <input type="checkbox"/>
<b><u>Respiration :</u></b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	
<b><u>Trouble du comportement :</u></b>  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b><u>Continence :</u></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><u>Validité neuropsychique :</u></b>  <b>Conscience :</b>      <input type="checkbox"/> Normale   <input type="checkbox"/> Perturbée  <b>Compréhension :</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée  <b>Expression :</b>      <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée  <b>Dépression :</b>      <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <b>Désorientation :</b> <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b><u>Facteurs de risque (conduites addictives) :</u></b>  <b>Tabac :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <b>Alcool :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <b>Médicaments :</b> <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON  <b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON   Précisez :</p> <p><b><u>Etat cutané :</u></b>  <b>Escarres ou plaies :</b>  <b>Localisations:</b></p>	<p><b><u>Nutrition :</u></b>  <b>Poids :</b>  <b>Taille :</b></p> <p><b>Régime :</b>  <input type="checkbox"/> Normal  <input type="checkbox"/> Diabétique  <input type="checkbox"/> Pauvre en sel  <input type="checkbox"/> Pauvre en graisse  <input type="checkbox"/> Sans viande</p>
--	--

**Programme de soins HDJ demandé :**

- ☐ Programme Sénior
- ☐ Programme Nutrition
- ☐ Programme Locomoteur

**Identification du prescripteur**

<p>Nom du médecin :</p>	<p>Cachet du médecin + signature :</p>
<p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Adresse</p> <p>mail:</p>	<p>Date :</p>

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

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

Signature patient :