





# DEMANDE D'ADMISSION Hôpital de Jour SMR

À remplir uniquement par le médecin adresseur

**Clinique Les  
Jeunes Chênes**

21 Bis Avenue de L'Europe – 64000 PAU

Tél. : 05 59 80 61 41 • Fax : 05 59 02 19 19

E-mail : [hdjssrpau@orpea.net](mailto:hdjssrpau@orpea.net)

## ÉLÉMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

2

Nom :

Prénom :

-Antécédents somatiques :

-GIR :

-Antécédents psychiques :

-Etat somatique actuel

-Etat psychique/cognitif actuel :

-Traitement en cours : (merci de joindre la dernière prescription)

-Poids :

-Taille :

-Allergies :

**Prévention : (personne agrégé fragile mais non dépendante, GIR 5 ou 6)**

Troubles équilibre

Isolement social

Prévenir Perte Autonomie

Perte de poids récente

Risque de chute/Chute à répétition

Trouble de la mémoire débutant

Reprise d'activité physique

**Post-opératoire/Pré-opératoire :**

-Type d'opération :

-Date de l'intervention :

-Chirurgien :

-Histoire de la maladie :

-Date souhaitée de début :

**Cachet du médecin :**

*Obligatoire si envoi par fax/courrier.*

*Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

**ENVOYER VOTRE DEMANDE**

**Coordonnées de l'HDJ**

Tél : 05 59 80 61 41 • Fax : 05 59 02 19 19

E-mail : [hdjssrpau@orpea.net](mailto:hdjssrpau@orpea.net)

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique. Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé pour le compte de son patient : il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe ORPEA.