

DEMANDE D'ADMISSION

Hôpital de jour

SMR Polyvalent et gériatrie

CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES

- PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Nom et Prénom du patient :

Antécédent somatiques :

.....

Antécédent psychiques :

.....

Etat somatique actuel :

.....

Etat psychique/cognitif actuel :

.....

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

.....

REEDUC + :

Post chute Post AVC

Suite décompensation maladie aïgue Suite décompensation cardiaque ou pneumologique

PREVACON (personne agréée fragile mais non dépendante, GIR 5 ou 6) :

Trouble équilibre

Isolement social

Prevenir 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
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Coordonnées de l'HDJ

Tél : 05 59 80 61 41

E-mail : lilia.allou@mssante.com / admission-consultation.pau@emeis.com