



Questionnaire de pré-admission

Clinique Rochebrune | 153, Rue de Buzenval – 92380 GARCHES

Contacter le bureau des admissions :

Responsable des admissions : Mr. Mickaël LAMBERT

Mail : admission1.rochebrune@emeis.com

Tél : 01.80.04.46.64

Fax : 01.80.04.46.75

Cachet de l'établissement ou médecin adresseur

Renseignements administratifs sur le patient

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : / /

Situation familiale :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Numéro de Sécurité Sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Mutuelle du patient (renseigner le nom et les coordonnées téléphoniques) :

.....

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE QUESTIONNAIRE :

ATTESTATION VITALE (attestation des droits) + MUTUELLE

CMUC : ☐ Oui ☐ Non

Patient sous protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si oui, précisez le type de mesure : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice

Si oui, le nom et les coordonnées téléphoniques du mandataire :

.....

Coordonnées des personnes à contacter (indiquer 2 personnes si possible)

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

Coordonnées du médecin traitant

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Coordonnées du psychiatre (si un suivi est en cours)

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



Questionnaire de pré-admission

Clinique Rochebrune | 153, Rue de Buzenval – 92380 GARCHES

Poids : kg Taille : cm

Autonomie actuelle du patient :

Marche ☐ Seul ☐ Avec une canne ☐ Avec un déambulateur ☐ Aide humaine ☐ Levé au fauteuil ☐ Alité

Transfert ☐ Spontané ☐ A stimuler ☐ Besoin d'aide ☐ Lit – Fauteuil

Déplacement ☐ En intérieur ☐ A l'extérieur ☐ Possibilité escaliers Remarques :

Alimentation ☐ Seul ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Stimulation ☐ Alimentation parentérale

Régime : Remarques :

Hygiène ☐ Seul ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ A la douche ☐ Au lavabo ☐ Au lit

Elimination

Incontinence URINES : JOUR ☐ Oui ☐ Non | NUIT ☐ Oui ☐ Non

Incontinence SELLES : JOUR ☐ Oui ☐ Non | NUIT ☐ Oui ☐ Non

Sonde ☐ Oui ☐ Non | Poche ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de pose/ablation :

Respiration ☐ Normale ☐ Oxygène (litre/minutes :) ☐ Trachéotomie ☐ Appareillage

Comportement

☐ Adapté ☐ Agité ☐ Anxiété ☐ Dépression ☐ Déambulation

☐ Troubles du comportement :

Risque suicidaire : ☐ Oui ☐ Non

Consentement à l'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non ☐ Non recevable

Risque de sortie sans autorisation : ☐ Oui ☐ Non

Orientation ☐ Normale ☐ Désorientée ☐ Confus

Remarques :

Estimation du MMSE :

Etat sensoriel

Vue : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Faible ☐ Appareillage

Ouïe : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Faible ☐ Appareillage

Communication : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Faible ☐ Troubles du langage :

Etat cutané

Escarres : ☐ Oui ☐ Non Si oui, localisations :

Plaies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, localisations :

☐ Pansements (protocole et temps de soins) :

Rééducation-Réadaptation :

☐ Kinésithérapie ☐ Orthophonie ☐ Ergothérapie ☐ Psychomotricien ☐ Diététicien

Mode de vie et projet social :

Lieu de vie : ☐ Appartement ☐ Maison ☐ EHPAD ☐ Résidence autonomie ☐ SDF ☐ Autre :

Entourage familial et social : ☐ Vit seul(e) ☐ Famille ☐ Voisins/Amis ☐ Aide-ménagère ☐ Garde malade

☐ Personnel médical à préciser :

☐ Portage des repas ☐ Téléalarme ☐ Autre, à préciser :

☐ Appartenance à un réseau de santé gériatrique, si oui lequel :

Devenir social : ☐ Retour à domicile ☐ Aides existantes ☐ Aides à prévoir ☐ Orientation en EHPAD à prévoir

Accepteriez-vous de reprendre le patient dans votre service en cas d'impossibilité de retour à domicile : ☐ Oui ☐ Non

Accepteriez-vous de reprendre le patient dans votre service en cas de complication médicale : ☐ Oui ☐ Non

⚠ LA DEMANDE NE POURRA ETRE ETUDIÉE SANS COPIE DE L'ORDONNANCE COMPLÈTE EN COURS ⚠