

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION en **HOSPITALISATION COMPLETE**

A nous retourner par télécopie au : 04.42.65.61 92
ou par email ✉ à : c.landrin@centre-paul-cezanne.com

Bureau des admissions ☎ 04.42.65.61.93

929, route de Gardanne
CS 30101 | 13105 Mimet

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

Nom Médecin adresseur : N° ☎ Fax

Nom du Médecin Traitant + Adresse :

Nom Assistante Sociale : N° ☎ Fax

LE PATIENT(E) Nom : **Prénom** :

Age : ans Date de naissance : Sexe : H : F

Adresse complète :

..... Ville :

Personne à prévenir : Nom : ☎ :

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE : Chambre particulière : oui non

DEVENIR ENVISAGE après le séjour en SSR :

Signature et tampon du médecin adresseur :

Avis Médical du Centre Paul Cézanne :
Oui Non

Diagnostic principal :

Date d'intervention : Histoire de la maladie et tableau clinique :

.....

État général :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

Traitements et posologies :

.....

Escarres Pansement Nutrition parentérale Stomies Chimiothérapie Radiothérapie

Oxygénothérapie : non oui Débit : VNI :

Motricité

- Alité
- Marche avec aide
- Marche seul(e)
- Fauteuil roulant
- déambulateur/canne

Nursing

- Toilette complète
- Aide à la toilette
- Aide à l'habillage
- Aide à l'alimentation
- Seul

Sphincters

- Incontinence urinaire
- Incontinence anale
- Sonde urinaire
- Couche

Comportement :

- Normal
- Confus/ralenti
- Désorienté
- Agité
- Trouble mnésique

A noter que LES ADMISSIONS, DANS NOTRE ETABLISSEMENT, SE FONT A 14 HEURES.

Merci de rappeler au patient d'apporter : la carte vitale, carte d'identité, et carte de mutuelle.