

- Hospitalisation De Jour  
 Hospitalisation Complète

**Adresse mail HDJ :** secretariat.hdj@clinifutur.net  
**Adresse mail HC :** bde.cpx@clinifutur.net

**TEL :** 0262489595 / **FAX :** 0262920843  
 ou 0262503489

**Date de la demande :** .....  
**Date d'entrée souhaitée :** .....  
**Retour à domicile :** Possible  Impossible   
**Chambre particulière :** Oui  Non

**DEMANDEUR**

**Nom :** .....  
**Coordonnées :** .....

**MOTIFS DE LA DEMANDE :** .....

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom(s) :** ..... **Date de naissance :** ...../...../.....  
**Adresse :** .....  
**Tél domicile :** ..... **Tél portable :** .....  
**Situation familiale :** .....  
**Adresse mail du patient :** .....  
**N° de sécurité sociale :** ..... **Médecin traitant :** .....  
**Mutuelle complémentaire :** .....  
**ALD :** Oui  Non  En cours  **CMU :** Oui  Non   
**PROTECTION JURIDIQUE :** Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Organisme   
**Vit seul :** Oui  Non

**PERSONNE A PREVENIR**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Téléphone :** ..... **Lien de parenté :** .....

**ETAT CLINIQUE ACTUEL**

**Etat général :** Bon  Moyen  Mauvais   
**BMR :** Oui  Non   
**Pathologies :**  
 Pulmonaire  Cardiaques  Psychiatriques  Neurologiques  Désorientation temporo-spatiale  Urologiques   
 Endocrinologiques  Hématologiques   
**Troubles de la vue :** Oui  Non  **Appareillage :** Oui  Non   
**Troubles de l'audition :** Oui  Non  **Appareillage :** Oui  Non   
**Troubles de la parole :** Oui  Non  **Orthophoniste :** Oui  Non   
**Addictions :** .....

**PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE**

**Voie veineuse centrale :** Oui  Non  **Hétéro sondage :** Oui  Non   
**Voie veineuse périphérique :** Oui  Non  **Dialyse :** Oui  Non   
**Site implantable :** Oui  Non  **Trachéotomie :** Oui  Non   
**Sonde naso gastrique :** Oui  Non  **Aspiration :** Oui  Non   
**Iléostomie/Colostomie :** Oui  Non  **Oxygénothérapie :** Oui  Non   
**Urostomie :** Oui  Non  **VNI :** Oui  Non   
**Sonde vésicale :** Oui  Non  **Examens complémentaire (joindre RDV) :** Oui  Non

**PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE**

**Poids :** .....Kg.  
**Prise en charge de la Dénutrition :**   
**Education thérapeutique du Diabète :**   
**Gastroatomie/Jéjunostomie :** Oui  Non   
**Surveillance/Equilibre Diabétique :**   
**Régime particulier :**  
 Diabétique  Hypercalorique   
 Sans sel  Hypocalorique   
**Texture :** .....

**AUTONOMIE**

**Hygiène :**

- Toilette du haut :                    sans aide       aide partielle       aide totale
- Toilette du bas :                    sans aide       aide partielle       aide totale
- Habillage du haut :                sans aide       aide partielle       aide totale
- Habillage du bas :                sans aide       aide partielle       aide totale

**Alimentation :**

- Se servir (couper viande, peler 1 fruit) :    sans aide       aide partielle       aide totale
- Manger :                            sans aide       aide partielle       aide totale

**Elimination :**

- Urinaire :                            sans aide       aide partielle       aide totale
- Anale :                                sans aide       aide partielle       aide totale
- continent       incontinent

**Déplacements :**

- Transferts:                            sans aide       aide partielle       aide totale
- Intérieur :                            sans aide       aide partielle       aide totale
- Extérieur :                            sans aide       aide partielle       aide totale
- Avec canne       Avec déambulateur       Avec fauteuil roulant

**Intervention extérieure :**    Auxiliaire de vie social       Aide ménagère       IDE       Kinésithérapeute

**Etat psycho comportemental :**    Normal       Désorientation       Agitation       Agressivité

**Déambulation :**    Oui       Non       **Risque de fugue :**    Oui       Non

**Suivi psychologique :**    Oui       Non       **Intervenant :** .....      **Tél :** .....

**OBJECTIFS DU SEJOUR**

- |  |  |
|--|--|
| Rééducation (Prise en charge sup. à 2h/jour) <input type="checkbox"/>  | Soins Palliatifs <input type="checkbox"/>                          |
| Réadaptation (Prise en charge inf. à 2h/jour) <input type="checkbox"/> | Pré/post chimiothérapie <input type="checkbox"/>                   |
| Réadaptation sociale et professionnelle <input type="checkbox"/>       | Radiothérapie <input type="checkbox"/>                             |
| Prise en charge immobilisation <input type="checkbox"/>                | Surveillance/équilibre des thérapeutiques <input type="checkbox"/> |

**ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX**

.....  
 .....

**ALLERGIES :** Oui     Non

**Lesquelles :** .....

**TRAITEMENT ACTUEL**

.....  
 .....  
 .....

**DEVENIR**

- Retour à domicile :**                    Oui     Non
- Prise en charge par la famille :**    Oui     Non
- Structure envisagée :**    Foyer social     Famille d'accueil     Maison/EHPAD     Unité de soins de longue durée
- Suivi social :**    Oui     Non       **Nom du travailleur social :** .....      **Tél :** .....
- Référent familial ou équivalent :**    **Nom:** .....      **Tél :** .....

**PIÈCES À FOURNIR :**

- Carte d'identité
- Carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- Mutuelle ou CMU



**Si Hospitalisation De Jour :**

Joindre l'ordonnance du traitement en cours



**Si Hospitalisation Complète :**

Mettre en pièce jointe le courrier médical +  
l'ordonnance du traitement en cours