

DOSSIER PRE ADMISSION HOSPITALISATION DE JOUR (HDJ) SMR LOCOMOTEUR

DATE DE LA DEMANDE : ____/____/____

NOM DU MEDECIN : _____

TEL DU MEDECIN : ____/____/____/____/____ FAX : ____/____/____/____/____

ADRESSE DU CABINET : _____

! LES DEMANDES POUR LES ETABLISSEMENTS SE FONT VIA VIATRAJECTOIRE !

Clinique Saint Vincent

8 Rue de Paris – CS 71027

97404 SAINT DENIS CEDEX

MAIL : consultations.ssr.csv@clinifutur.net

TELEPHONE : 02.62.40.62.51

INFORMATION

Dans le cadre de la prise en charge en hôpital de jour locomoteur ne sont pas pris en charge :

- **Les patients ayant des troubles cognitifs**
- **Dans l'incapacité de monter un étage**
- **Avec un périmètre de marche inférieur à 50m.**

LA PRISE EN CHARGE DURE ENVIRON 1 MOIS, ET PEUT ETRE RENOUVELEE ULTERIEUREMENT

PATHOLOGIES DE PRISE EN CHARGE EN HDJ LOCOMOTEUR

- ☐ Rachialgies
- ☐ Douleurs radiculaires
- ☐ Syndrome douloureux régional complexe

IDENTIFICATION DU PATIENT – Joindre une fiche administrative

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM D'USAGE (D'EPOUSE) : _____

PRENOM(s) : _____

Sexe : ☐ F ☐ M

ADRESSE : _____ TEL : ____/____/____/____/____

REGIME DE PROTECTION SOCIALE : _____

MUTUELLE : _____

NUMERO D'IMMATRICULATION : _____

MEDECIN TRAITANT : _____

LISTE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR

- ✓ Carte d'identité
- ✓ Carte vitale
- ✓ Carte mutuelle
- ✓ Justificatif d'adresse

LISTE DES DOCUMENTS MEDICAUX A FOURNIR

- ✓ Dernier CRH disponible
- ✓ Dernier(s) Comptes-rendus de consultation de spécialiste
- ✓ Ordonnances en cours
- ✓ Dernier examen d'imagerie réalisé

DOSSIER MEDICAL

MOTIF DE LA PRISE EN CHARGE :

ANTECEDENTS :

TRAITEMENTS :

COMMENTAIRES :

Signature du médecin demandeur

Tampon + signature