

# FORMULAIRE PRE ADMISSION HDJ

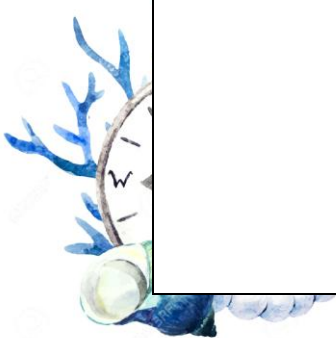
| Date de la demande      | Service demandeur | Etablissement demandeur |       |
|-------------------------|-------------------|-------------------------|-------|
|                         |                   |                         |       |
| Date d'entrée souhaitée | Nom du médecin    |                         |       |
|                         |                   | Tel :                   | Fax : |

**Fax Clinique Saint Vincent : 02.62.40.61.35**

| IDENTIFICATION DU PATIENT <i>Joindre une fiche administrative</i> |  |
|---|--|
| Nom : .....   | Prénom(s) : .....  |
| Adresse : .....   |  |
| Tél : .....   |  |
| Date de naissance : ...../...../.....                             | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Personne à prévenir : .....                                       | Lien : .....   |
| Adresse : .....   |  |
| Tél : .....   |  |
| Régime de protection sociale : .....                              |  |
| N° d'immatriculation : .....                                      | Médecin traitant : .....                                     |
| Mutuelle : .....  |  |

| DOSSIER MEDICAL                              |
|--|
| Diagnostic principal :                       |
| Date de l'intervention (si post chirurgie) : |
| Antécédents :                                |
| Allergies :                                  |

| TRAITEMENTS EN COURS |           |                    |
|----------------------|-----------|--------------------|
| Traitement oral      | Posologie | Date d'arrêt prévu |
|                      |           |                    |



# FORMULAIRE PRE ADMISSION HDJ

| Traitement injectable | Posologie | Date d'arrêt prévu |
|-----------------------|-----------|--------------------|
|                       |           |                    |

### OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN HDJ SSR

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rééducation orthopédique     | <input type="checkbox"/> Prévention des chutes   |
| <input type="checkbox"/> Troubles locomoteurs         | <input type="checkbox"/> Suites de prise en charge post-AVC (Accident Vasculaire Cérébral) |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs débutants | <input type="checkbox"/> Adaptation et éducation thérapeutique (diabète, nutrition,...)    |

Porteur BMR : OUI  NON

### PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Régime particulier :

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Hypercalorique |
| <input type="checkbox"/> Sans sel   | <input type="checkbox"/> Hypocalorique  |

Texture : .....

### AUTONOMIE

#### Alimentation :

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| Se servir (couper viande, peler 1 fruit) | <input type="checkbox"/> Sans aide | <input type="checkbox"/> Aide partielle |
| Manger                                   | <input type="checkbox"/> Sans aide | <input type="checkbox"/> Aide partielle |

#### Elimination :

- |          |                                    |   |
|----------|------------------------------------|---|
| Urinaire | <input type="checkbox"/> Sans aide | <input type="checkbox"/> Aide partielle |
| Anale    | <input type="checkbox"/> Sans aide | <input type="checkbox"/> Aide partielle |

#### Déplacements :

- |                                     |  |                                    |   |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Avec canne | <input type="checkbox"/> Avec déambulateur | <input type="checkbox"/> Sans aide | <input type="checkbox"/> Aide partielle |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|

- |   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vision normale   | <input type="checkbox"/> Diminuée | <input type="checkbox"/> Cécité  |
| <input type="checkbox"/> Audition normale | <input type="checkbox"/> Diminuée | <input type="checkbox"/> Surdité |

Etat psycho comportemental :  Normal  Troubles cognitifs débutants

Suivi psychologique :  OUI  NON

Intervenant :  OUI  NON Tél :

Risque suicidaire :  OUI  NON

### DEVENIR

Suivi social :  OUI  NON

Nom du travailleur social : .....Tél : .....

Référent familial ou équivalent

Nom : .....Tél : .....

Signature du médecin demandeur

