



**Etablissement de soins médicaux et de réadaptation
Pierre-Chevalier
Hôpital de jour**

BP 20122 – 83407 HYERES Cedex
Téléphone : 04 94 12 64 73 ou 74
Télécopie médicale : 04 94 12 66 76
Mail : secretariatdj@mgen.fr

**DOSSIER MEDICAL
D'ADMISSION**

(à remplir par le Médecin)

HOSPITALISATION DE JOUR

REEDUCATION POST-CANCER

concernant :

NOM et PRENOMS	
DATE DE NAISSANCE	AGE
PROFESSION	
NUMERO SECURITE SOCIALE	
DATE D'ADMISSION SOUHAITEE	

Ce document confidentiel est réservé à l'autorité du Médecin de l'Etablissement Pierre- Chevalier

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Je soussigné, Docteur _____

prescrit la prise en charge de M _____

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Type et stade du cancer : _____

Date du diagnostic : _____

Date de fin des traitements (sauf hormonothérapie) : _____

Traitements effectués :

- Chirurgie ☐
- TMS du cancer (chimiothérapie, immunothérapie...) ☐
- Hormonothérapie ☐
- Radiothérapie ☐
- Curiethérapie ☐
- Autre

Antécédents/Comorbidités : _____

Traitement habituel : _____

ETAT CLINIQUE ACTUEL

Autonome à la marche ☐

Déplacements avec aide ☐

Fauteuil roulant ☐

Déambulateur ☐

Cannes anglaises ☐

	ANAL	URINAIRE
1 – Continent	☐	☐
2 – Incontinence occasionnelle	☐	☐
3 – Incontinence totale	☐	☐

Stomie (digestive, urinaire) oui ☐ non ☐

Nutrition artificielle oui ☐ non ☐

Je certifie que le malade désigné ci-dessus ne présente ni affection contagieuse, ni affection psychiatrique, ni comportement incompatible avec la vie en collectivité.

Nota : l'établissement ne reçoit pas les personnes non encore appareillées (orthèses ou prothèses) et ne réalise pas les investigations coûteuses prescrites par les praticiens extérieurs.

Date, signature et CACHET DU MEDECIN