

## Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour - réadaptation nutritionnelle

|                   |                                                                                                                        |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOSSIER A ENVOYER | Par courrier : La Menaudière - Service des admissions<br>BP 30009 2, allée de La Menaudière<br>41401 MONTRICHARD CEDEX |
|                   | Par Fax 02.54.71.19.22                                                                                                 |

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| NOS COORDONNEES                                                                |
| ► Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23 |

**Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :**

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle complémentaire
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VOS COORDONNEES : Etablissement demandeur ou médecin traitant : .....                                                         |
| Service demandeur : .....  ..... Fax : ..... |
| Adresse : .....                                                                                                               |
| Mail.....@.....                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| PATIENT                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                     |
| Nom.....                                                                                                                                                                                                                                    | Prénom.....                                                         |
| Nom de jeune fille .....                                                                                                                                                                                                                    | Profession .....                                                    |
| Date de naissance.....                                                                                                                                                                                                                      | Age.....                                                            |
| Situation familiale .....                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |
| Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Habitat de plain-pied : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Chambre à l'étage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                                                                     |
| Adresse.....                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |
| .....  .....                                                                                                                                             |                                                                     |
| N° sécurité sociale : .....                                                                                                                                                                                                                 | Caisse sécurité sociale : .....                                     |
| Mutuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                          | Caisse Mutuelle : .....                                             |
| Protection juridique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle |

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personne à prévenir - Nom et prénom .....  ..... |
| Adresse : .....                                                                                                                       |
| Lien avec le patient : .....                                                                                                          |

|                                 |
|---------------------------------|
| SEJOUR DEMANDE                  |
| Date d'entrée souhaitée : ..... |

**ATTENTION :** Pour *une continuité des soins optimale*, merci de remplir cette fiche de façon *exhaustive*.  
Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit  
Prévenir le service en cas d'abandon de la demande

# FORMULAIRE MEDICAL DE PREADMISSION

Nom/Prénom du patient : .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

Si intervention, date : .....

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux : .....

Objectif du séjour : .....

Pronostic : .....

Soins palliatifs ☐ Oui ☐ Non

Possibilités de récupération ☐ Oui ☐ Non

## AUTONOMIE

### Toilette

- ☐ Seul  
☐ Aide partielle  
☐ Complète

### Alimentation

- ☐ Seul  
☐ Avec aide  
☐ Anorexie  
  
☐ Fausse routes  
☐ Sonde gastrique  
☐ Haché/mixé

### Elimination

- Continence urinaire  
☐ Oui ☐ Non  
☐ Sonde urinaire  
  
Continence fécale  
☐ Oui ☐ Non  
☐ Stomie

### Mobilisation

- ☐ Se lève seul  
☐ Aide aux transferts  
☐ Aide totale  
☐ Aide matérielle  
lesquelles :  
☐ Sans appui : .....  
☐ Décubitus strict

### Etat Cutané

- ☐ Escarres  
Localisation  
.....  
☐ Ulcères  
Localisation  
.....

### Infection

- ☐ Oui ☐ Non  
Localisation  
.....

### Communication

- ☐ Aphasie  
☐ Propos incohérents  
☐ Surdité  
☐ Malvoyance  
☐ Cécité

### Comportement

- ☐ Désorientation temporo spatiale  
☐ Agitation  
☐ Agressivité  
☐ Risque de fugue

## TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Kiné locomotrice

Orthophonie

Oxygène ☐ Oui ☐ Non

REGIME : .....

Poids .....

Taille.....

IMC.....

## SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : ..... nature : ..... temps : .....

☐ Stomie ☐ Trachéotomie ☐ Aspiration

☐ Autres :

Date de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**NOM :**

**Prénom:**

**Age :**

### Séjours précédents :

Lieu :

Année :

---



---



---

Quelle est votre attente par rapport au séjour que vous demandez :

---



---



---

**Taille :**

**Poids actuel :**

**Poids maximum :**

### Souffrez-vous de :

- Diabète ☐
- Maladies cardio-vasculaires ☐
- Maladies articulaires et mécaniques ☐
- Respiratoires ☐
- Psychologiques ☐
- Autres (préciser) ☐
- ..... ☐

### Evaluation de votre autonomie :

*Vous déplacez-vous avec une aide*

☐ oui ☐ non

**Si oui :** avec une canne ☐

avec un déambulateur ☐

avec un fauteuil roulant ☐

*Avez-vous besoin d'aide pour*

la toilette : ☐ non ☐ oui

l'habillage : ☐ non ☐ oui

autre : ☐ non ☐ oui

*Autres précisions que vous souhaiteriez apporter :* \_\_\_\_\_

➔ Marchez-vous : ☐ - de 200 m ☐ + de 200 m

Pouvez-vous monter les escaliers ☐ oui ☐ non

Alimentation actuelle : Normale ☐

Régime particulier : \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE

## A L'EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

ETIQUETTE PATIENT

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

### **Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.**

*La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.*

Je soussigné(e), NOM..... PRENOM.....

→ ☐ Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un parent ☐ Un proche ☐ Mon médecin traitant ☐ Autre....

*J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.*

→ ☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à..... Le.....

Signature du patient