CLINIQUE DE VERDAICH

Dossier de Pré-Admission

Formulaire médical à nous retourner

Clinique de Verdaich
31550 GAILLAC TOULZA

Tél. : 05.61.50.91.00

Mail : a.franc@clinique-verdaich.com

Site web : www.clinique-verdaich.com

Nom de naissance : ……Nom Marital : ……..
Prénoms : …… Date de naissance : / /
Adresse : ……
CP :…… **Ville** :……..
Sexe : ☐ M ☐ F Téléphone Patient : / / / /
Mail patient : ……@.....

☐ *Hospitalisation Complète* ☐ *Hospitalisation De jour* Date d'entrée souhaitée : ……./……./…….

Motif d'hospitalisation : ……

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :
……
……
……..
Date d'intervention : / /

Autres pathologies / Antécédents :……
……
Prise en charge en libéral : ☐ Oui ☐ Non

A renseigner obligatoirement : 100% ALD ☐ Oui Motif : …… ☐ Non

Degré d'autonomie :

Alimentation : ☐ Normale ☐ Trouble de la déglutition ☐ Sonde naso gastrique ☐ Gastrotomie
Toilette : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide Totale
Habillage : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide Totale
Continence : ☐ Continence ☐ Incontinence
Etat cutané : ☐ Pansement *(protocole)*……☐ Escarres *(localisation)*……
Couchage : ☐ Matelas normal ☐ Matelas à air

Déplacement : ……
Transferts : ……..

Ventilation : ☐ Autonome ☐ Oxygénothérapie *(préciser)* :……
☐ Appareillage apnée du sommeil ☐ Trachéotomie *(type de canule)* : ……

Troubles du comportement : ☐Non ☐ Oui *(préciser)*……
Troubles cognitifs : ☐Non ☐ Oui *(préciser)*……
Cohérence : ☐Non *(préciser)*……☐ Oui
Orientation dans le temps : ☐Non ☐ Oui
Orientation dans l'espace : ☐Non ☐ Oui
Contention physique : ☐Non ☐ Oui

Statut infectieux ☐ Site :……☐ Germe :……

Projet de soins : ……
……..
……
Projet Social (devenir – démarche en cours) : ……..
……..

Présence d'un traitement : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, **fournir obligatoirement** la copie des ordonnances médicamenteuses en cours

Date de la demande : ……./……./…..
Signature et cachet :
Médecin prescripteur :
Dr ……
Tel : …../…../…../…../…..
E-mail : ……@.....