

Hôpital De Jour CÉRÈS

65, Voie Romaine
06000 NICE
☎ : 04.89.08.76.00

Email : contact@hdjceres.com

N°FINESS : 060023694



DOSSIER MEDICAL DE PRE- ADMISSION

Photo
d'identité

Nom : Prénom : Tel :

**A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT
ET A NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT**

(Sous pli cacheté)

A l'attention du médecin traitant

Cher confrère,

Vous avez en votre possession le dossier de pré-admission dans notre établissement concernant votre patient(e).

J'attire votre attention sur l'importance du dossier médical que vous devez renseigner et ce, dans le souci d'assurer une prise en charge de qualité, conforme à la situation de votre patient(e).

Nous vous remercions de-vous assurer auparavant que le patient ne rentre pas dans les critères de refus suivants :

- | | |
|------------------------|---|
| - Age <18 ans | - Pathologies psychiatriques non stabilisées |
| - GIR<4 | - Post-tentative de suicide |
| - Anorexie mentale | - Absence de motivation ou d'intérêt pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique |
| - Alcoolisme non sevré | |
| - Essai thérapeutique | |

NOUS VOUS REMERCIONS D'ETABLIR, EN PARALLELE, LA PRESCRIPTION MEDICALE DU SEJOUR POUR VOTRE PATIENT(E) SUR SIMPLE ORDONNANCE (fait office de prise en charge pour la CPAM)

Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « prescription médicale de transport », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e) pour accord préalable (uniquement en aller-retour hors département).

Dans le cas d'une affection liste, il vous faudra indiquer pour quelle pathologie le 100 % a été accordé au patient.

Dès réception de votre dossier d'admission, nous serons en mesure de convenir d'une date d'entrée pour votre patient(e). La durée du séjour (fréquence des venues) sera définie avec votre patient(e) et l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire en fonction du bilan d'entrée et des besoins identifiés en cours de séjour.

Le Médecin Responsable

Date de naissance :

Hospitalisation(s) antérieure(s) dans notre établissement : Oui Non

Si oui, veuillez préciser la (les) date(s) :

ALD Oui Non **Motif :**

1. Antécédents médicaux :

2. Antécédents chirurgicaux :

3. Antécédents familiaux :

4. Toxiques (tabac, alcool, drogue) :

5. Allergie(s) :

État nutritionnel : **Taille :** **Poids (Evolution) :** **IMC :**

Dénutrition : Oui Non

Troubles métaboliques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie modérée à jeun |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Hyper uricémie |

État psychique :

Diagnostic principal /motif d'admission :

Traitement actuel :

Régime actuel : (cocher la ou les cases correspondantes)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypocalorique | <input type="checkbox"/> Hypo protidique | <input type="checkbox"/> Sans résidu | |
| <input type="checkbox"/> Sans sel | <input type="checkbox"/> Sans gluten | <input type="checkbox"/> Restriction hydrique | <input type="checkbox"/> Hyper protidique |
| <input type="checkbox"/> Sans porc | <input type="checkbox"/> Hallal | <input type="checkbox"/> Cacher | |
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Sans fibres | | |

Allergies alimentaires :

Evaluation des Soins

Etat cutané : Intégrité Escarres (localisation) : Plaies (localisation) :

Si Pansements (nature, siège, protocole) :

Locomotion : Autonome Cannes Cannes Anglaises
 Déambulateur Fauteuil roulant *Handicap moteur, préciser :*

Soins techniques: *Aucun*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Glycémies capillaires | <input type="checkbox"/> Insulinothérapie (nombre d'injections : /jour) |
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> D.V.I. <input type="checkbox"/> Injections |
| <input type="checkbox"/> Sonde vésicale à demeure (Posée le :) | <input type="checkbox"/> Stomie urinaire |
| <input type="checkbox"/> Sonde gastrique | <input type="checkbox"/> Gastrostomie |
| <input type="checkbox"/> Colostomie : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Provisoire <input type="checkbox"/> Définitive | |
| <input type="checkbox"/> Oxygène : l/min | <input type="checkbox"/> Aérosols (nombre : .. /Jour) <input type="checkbox"/> Aspiration |

Appareillage :

- | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prothèses oculaires : | <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Lentilles |
| <input type="checkbox"/> Prothèses auditives : | <input type="checkbox"/> Droite | <input type="checkbox"/> Gauche |
| <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires : | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Bas |
| <input type="checkbox"/> Prothèses orthopédiques (préciser) : | | |

Soins spécifiques :

Mesures d'isolement : Précautions « standard ou contact » Précautions « respiratoire ou gouttelette »

Evaluation sociale et Projet social

Situation sociale actuelle, Vit : Seul En couple Autre, préciser :
 Tuteur Curateur

Le médecin soussigné certifie que le (la) patient(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni troubles psychiatriques non équilibrés. En cas de handicap moteur, en préciser la nature.

Nom du Médecin : Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Tél :

Tél portable :

Cachet et signature

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

Hospitalisations antérieures Non Oui

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Signature de la secrétaire

Date : _____

Accord :

Refus :

Signature du Médecin