

Demande de placement

Toutes les demandes de placement seront soumises à la seule validation du comité d'admission de la clinique Sainte-Thérèse. Les entrées s'effectuent entre 13h30 et 16h00. En remplissant les formulaires ci-après je m'engage sur l'exactitude des renseignements fournis. Un questionnaire inexact au moment de l'entrée est un cas de refus d'admission. La partie médicale est à faire remplir par le médecin demandant le placement. La demande remplie est à retourner à l'établissement par :

- Courrier : Service des admissions, clinique Sainte Thérèse, 200 route de Marseille rDN8 83330 Le Beausset
- Ou Fax : 04 94 98 56 85
- Ou Email : admission@clinique-sainte-therese.com

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

PATIENT

Sexe : homme femme

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Nationalité :

ADRESSE PATIENT

Adresse :

Code postal:

Ville :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

CONTACTS

Personne à prévenir 1 : Nom : Prénom : Lien de parenté :
Adresse : Téléphone :

Personne à prévenir 2 : Nom : Prénom : Lien de parenté :
Adresse : Téléphone :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Téléphone:
Adresse :

SÉCURITÉ SOCIALE / MUTUELLE / CAISSE

Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de votre caisse d'affiliation :

Nom et adresse de votre mutuelle :

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

APA :

ASPA :

Protection juridique :

Commentaires :

DEMANDE

Chambre particulière (avec supplément) : oui non

Date d'hospitalisation souhaitée (JJ/MM/AAAA) :

Lors de votre admission, merci de vous munir de votre dernière ordonnance indiquant le traitement actuel

QUESTIONNAIRE MEDICAL

PATIENT

homme femme, Nom : Prénom : Date de naissance :

PATHOLOGIE

Diagnostic :

Commentaires :

Antécédents :

RENSEIGNEMENTS

Poids (Kg) : Taille (cm) :

Dialyse oui non commentaires :

Chimiothérapie oui non commentaires :

Radiothérapie oui non commentaires :

Kinésithérapie oui non commentaires :

Régimes oui non commentaires :

Traitement 1 : Administration : matin midi soir

Traitement 2 : Administration : matin midi soir

Traitement 3 : Administration : matin midi soir

Traitement 4 : Administration : matin midi soir

Traitement 5 : Administration : matin midi soir

Traitement 6 : Administration : matin midi soir

Traitement 7 : Administration : matin midi soir

Traitement 8 : Administration : matin midi soir

OBSERVATIONS

Infections BMR oui non commentaires :

Ventilation/Oxygène oui non commentaires :

Escarres oui non commentaires :

Allergies oui non commentaires :

CAPACITES FONCTIONNELLES

Autonomie physique totale : oui non (si non, compléter ci-dessous)

Déplacement : Autonome Aide partielle Aide totale

Transfert (lit/fauteuil/lever) : Autonome Aide partielle Aide totale

Toilette : Autonome Aide partielle Aide totale

Habillage : Autonome Aide partielle Aide totale

Elimination urinaire : Autonome Aide partielle Aide totale

Elimination fécale : Autonome Aide partielle Aide totale

Alimentation : Autonome Aide partielle Aide totale

Vision : Bonne Altérée :

Audition : Bonne Altérée :

Expression/compréhension : Bonne Altérée :

Troubles du comportement cognitif : non oui :

Commentaires :

PROPOSITIONS

Propositions médicales :

Proposition d'orientation après hospitalisation :

Projet thérapeutique :