



Questionnaire Médical

Tampon lisible du Médecin (adresse et n° tél.)

Fait le

Médecin traitant : Tél. :

Nom : Prénom : Né(e)le M F

Diagnostic principal :

Patient(e) adressé(e) pour un programme d'éducation thérapeutique (ETP) : oui non

Pathologies associées :

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

Patient(e) hospitalisé(e) en dehors de la France dans les 12 derniers mois : oui non

Traitement et posologie : ou joindre photocopie(s) ordonnance(s) aucun traitement cochez ici

(ne pas oublier de noter le poids, la taille) **Taille :** **Poids :** **IMC :**

SI TOUT A FAIT **AUTONOME**

Toilette seul (e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aide au lavabo <input type="checkbox"/> aide douche <input type="checkbox"/> toilette au lit	Motricité valide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> cannes <input type="checkbox"/> grabataire+fauteuil <input type="checkbox"/> grabataire+lit <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	Alimentation normale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> installation repas <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> entérale <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/> régime..... <input type="checkbox"/> faire manger	Etat psychique normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anxieux <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> confus, calme, ne fugue pas <input type="checkbox"/> désorienté (temporo-spatiale) <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> dément <input type="checkbox"/> agressif <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> risque de fugue <input type="checkbox"/> autolyse
--	---	--	--

Élimination normale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence anale <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> urétérostomie	Etat cutané sain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pansement (s) <input type="checkbox"/> escarre (s) <input type="checkbox"/> port à cath <input type="checkbox"/> V V C <input type="checkbox"/> picc line	Etat respiratoire normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oxygène..... litre(s) /minute. continu <input type="checkbox"/> discontinu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> aérosols <input type="checkbox"/> apnée sommeil appareillée <input type="checkbox"/> trachéotomie	Communication normale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trouble langage <input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> cécité totale <input type="checkbox"/> handicap mental <input type="checkbox"/> ne parle pas français
--	--	---	---

Renseignements sociaux

Famille présente oui non - Patient(e) isolé(e) oui non

Mode de vie avant l'hospitalisation :

Projet de sortie: Retour domicile - Hospitalisation à domicile - Maison retraite envisagée (cochez si oui)

Service d'aide à domicile avant hospitalisation: oui non - Démarches en cours : oui non

Commentaires particuliers :



FICHE DE PRE-ADMISSION ADMINISTRATIVE HOSPITALISATION COMPLETE

SERVICE DES PLACEMENTS

☎ 04.42.65.26.14 Fax : 04.42.65.29.04

Finess :130785983

placement@cliniquesaintchristophe.com

PATIENT(e)

NomM F
Nom de jeune fille
Prénom
Adresse exacte
Date et lieu de naissance ☎ domicile
Situation professionnelle Portable
Situation familiale tél. (famille)

ASSURE (e)

Nom
Prénom
Date de naissance

Personne à prévenir (en cas d'urgence)

Nom - Prénom ☎ domicile
Adresse Portable

Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions)

Nom - Prénom ☎ domicile
Adresse Portable

CAISSE DE SECURITE SOCIALE (ou assimilé):

Nom et adresse :

100 % ou 80 %

CMU (Couverture Maladie Universelle) oui date de fin des droits

AME (Aide Médicale d'Etat) oui date de fin des droits

A.T (Accident Travail) oui photocopie justificatif de déclaration Accident Travail

ART115 oui

Régime local (Alsace-Moselle) oui

MUTUELLE : Nom et adresse:

20%

Pas de mutuelle (frais à votre charge)

CMU.C Date de fin des droits

- Période d'entrée désirée :

- Chambre particulière souhaitée : oui avec un supplément de 55,00€ à 60,00€ par jour **selon nos disponibilités**
non chambre à 2 lits

Dans l'attente qu'une chambre particulière se libère **acceptez-vous une chambre double** à l'entrée? oui non

- Avez-vous déjà effectué un séjour à la Clinique St Christophe ? non oui année(s).....

- Adressez-nous cette fiche complétée en totalité + joignez les justificatifs obligatoires demandés ci-dessous

- | |
|---|
| <p>a- l'attestation (papier) de droits à l'assurance maladie en cours de validité
(CMU- CMU.C- AME idem) -l'attestation peut-être retirée sur les bornes de mise à jour
dans toutes les caisses d'assurance maladie, certaines pharmacies et centres de santé
(vous munir de votre carte vitale et carte d'identité pour récupérer cette attestation)</p> <p>b- la photocopie de votre carte mutuelle de l'année en cours (recto-verso)</p> <p>c- la photocopie de votre carte d'identité</p> <p>d- la photocopie de l'ordonnance de votre traitement médical actuel</p> <p>e- le questionnaire sur vos habitudes alimentaires et physiques (s'il y a lieu)</p> |
|---|

En fonction de la date demandée, **nous vous contacterons** pour vous fixer une date d'admission puis **appelez votre mutuelle pour nous faire faxer une prise en charge** :

soit : **20%** (s'il y a lieu), **forfait journalier** (tarif en vigueur), **chambre particulière** (s'il y a lieu) fax : 04. 42. 65. 29. 04

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli et des pièces justificatives demandées. La date d'entrée sera fixée à la réception des prises en charge (s'il y a lieu), en fonction des places disponibles. A son entrée le patient doit être en possession de sa carte vitale et mutuelle à jour, ou à défaut prévoir le règlement du séjour.

Clinique Saint Christophe - Soins de Suite et de Réadaptation - Chemin de Saint Hilaire - 13320 Bouc Bel Air

Tél. : 0826 390 326 - Fax : 04 42 65 29 04 Courriel : placement@cliniquesaintchristophe.com