



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Tampon lisible du Médecin (adresse et n°tél)

Fait le

Médecin traitant : Tél. :

Nom : Prénom : Né(e)le M F

Diagnostic principal (obligatoire, motif d'admission en SSR, Objectif du séjour) :

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"/>	Motricité valide <input type="checkbox"/>	Alimentation normale <input type="checkbox"/>	État psychique normal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aide au lavabo <input type="checkbox"/> aide douche <input type="checkbox"/> toilette au lit (à 1) <input type="checkbox"/> toilette au lit (à 2)	<input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> cannes <input type="checkbox"/> grabataire + fauteuil <input type="checkbox"/> grabataire + lit <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<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	<input type="checkbox"/> anxieux <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> confus, calme, ne fugue pas <input type="checkbox"/> désorienté (temporo-spatial) <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
État cutané sain <input type="checkbox"/>	Élimination normale <input type="checkbox"/>	État respiratoire normal <input type="checkbox"/>	Communication normale <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pansement (s) <input type="checkbox"/> escarre (s) <input type="checkbox"/> port à cath <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> picc line	<input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> incontinence anale <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> urétérostomie	<input type="checkbox"/> oxygène litre(s)/min continu <input type="checkbox"/> discontinu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> aérosols <input type="checkbox"/> apnée sommeil <u>appareillée</u> <input type="checkbox"/> trachéo(s)tomie	<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 :

Vos données à caractère personnel font l'objet de traitements de données réalisés dans le respect des dispositions de la loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27/04/2016. Conformément à ces textes, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service DPO par e-mail à dpo@cliniquesaintchristophe.com ou à la direction.

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

Tél. : 04 42 65 27 96 - Fax : 04 42 65 29 04 Courriel : placement@cliniquesaintchristophe.com



FICHE DE PRÉADMISSION ADMINISTRATIVE

HOSPITALISATION COMPLETE

SERVICE DES PLACEMENTS

Finess : 130785983

☎ 04.42.65.26.14

Fax : 04.42.65.29.04

placement@cliniquesaintchristophe.com

PATIENT(e)

NomM F
Nom de jeune fille.....
Prénom
Adresse exacte
Date et lieu de naissance
Situation professionnelle
Situation familiale
Mail personnel ou d'un membre de la famille

ASSURE (e)

Nom
Prénom
Date de naissance
☎ domicile
Portable
☎ (famille)
.....@

Personne à prévenir (en cas d'urgence)

Nom – Prénom ☎ domicile
Adresse Portable
Mail@.....

Personne de confiance (pour vous aider dans vos décisions)

Nom – Prénom ☎ domicile
Adresse Portable
Mail@.....

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE (ou assimilé):

Nom et adresse
100 % ou 80 %
CMU (Couverture Maladie Universelle) Oui Date de fin des droits
AME (Aide Médicale d'État) 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% CMU.C Date de fin des droits Pas de mutuelle (frais à votre charge)

- Période d'entrée désirée :
- Chambre particulière souhaitée : Oui avec un supplément de 60,00€ à 70,00€ 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 Saint Christophe ? Non Oui année(s).....
- Adressez-nous cette fiche complétée en totalité + joignez les justificatifs obligatoires demandés ci-dessous

1. **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)
2. la photocopie de votre carte **mutuelle** de l'année en cours (recto-verso)
3. la photocopie de votre **carte d'identité**
4. la photocopie de l'**ordonnance** de votre traitement médical actuel
5. le questionnaire sur **vos habitudes alimentaires et physiques** (s'il y a lieu)

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.

Vos données à caractère personnel font l'objet de traitements de données réalisés dans le respect des dispositions de la loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27/04/2016. Conformément à ces textes, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service DPO par e-mail à dpo@cliniquesaintchristophe.com ou à la direction.

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

Tél. : 04 42 65 27 96 - Fax : 04 42 65 29 04 Courriel : placement@cliniquesaintchristophe.com