



# 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) ou dialysé(e) en dehors de la France dans les 12 derniers mois : Oui  Non

Patient(e) comptage ou contact BHRé (ERG, ERV, EPC) : Comptage  Contact  Non  (cochez si 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"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> installation repas <input type="checkbox"/> aide	<input type="checkbox"/> anxieux <input type="checkbox"/> dépressif
<input type="checkbox"/> aide douche	<input type="checkbox"/> cannes	<input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> confus, calme, ne fugue pas
<input type="checkbox"/> toilette au lit (à 1)	<input type="checkbox"/> grabataire + fauteuil	<input type="checkbox"/> entérale <input type="checkbox"/> parentérale	<input type="checkbox"/> désorienté (temporo-spatial)
<input type="checkbox"/> toilette au lit (à 2)	<input type="checkbox"/> grabataire + lit	<input type="checkbox"/> régime .....	<input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> dément
	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> faire manger	<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"/> incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> oxygène ..... litre(s)/min	<input type="checkbox"/> trouble langage
<input type="checkbox"/> escarre (s)	<input type="checkbox"/> incontinence anale	continu <input type="checkbox"/> discontinu <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> surdité
<input type="checkbox"/> port à cath	<input type="checkbox"/> sonde urinaire	<input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> aérosols	<input type="checkbox"/> cécité totale
<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> colostomie	<input type="checkbox"/> apnée sommeil <b>appareillée</b>	<input type="checkbox"/> handicap mental
<input type="checkbox"/> picc line	<input type="checkbox"/> urétérostomie	<input type="checkbox"/> trachéo(s)tomie	<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](mailto: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](mailto: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](mailto:placement@cliniquesaintchristophe.com)

### PATIENT(e)

Nom .....M  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 70,00€ à 80,00€ 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](mailto: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](mailto:placement@cliniquesaintchristophe.com)