



La Clinique Les Drags
Avenue du Golf
62520 Le Touquet
03.21.06.84.84
Fax : 03.21.05.52.94

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

« Prodiguer des soins dans des conditions optimales de sécurité, de confort et de qualité de vie au patient accueilli dans notre établissement, pour lui permettre un retour au domicile dans les meilleurs délais »

FAIRE 1
 PHOTOCOPIE DE
 VOTRE
 TRAITEMENT
 (médicaments)
 ET LE JOINDRE AU
 DOSSIER

Préciser votre régime
 d'admission :

- Régime normal
 ALD AT

A remplir par le patient

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de tél. :

Adresse :

Situation Professionnelle :

Personne à prévenir : Lien de Parenté :

Majeur protégé : oui non Nom Prénom Tuteur ou Mandataire :
 N° tél. :

Adresse complète de votre caisse (régime obligatoire)
 Et n° de sécurité sociale

.....

Adresse complète de votre Mutuelle & n° de tél.
 Et n° d'adhérent

.....

Médecin traitant : N° de tél. :

Choix de la chambre : **CHAMBRE PARTICULIERE** **CHAMBRE A 2 LITS**

Déjà venu(e) dans l'établissement : oui non

Personne à prévenir en cas de nécessité Mr Mme :

Adresse : Tél : Fax :

Personne de confiance à prévenir en cas de nécessité Mr Mme :

Adresse : Tél : Fax :

Patient sous tutelle oui non
 Sous curatelle oui non

Si oui : coordonnées du tuteur ou curateur :

.....

TOUT DOSSIER INCOMPLET RETARDERA VOTRE ADMISSION

Questionnaire Médical

(à faire remplir par le Médecin demandant l'admission)

Nom du Médecin Tél
Adresse du Médecin.....

PATHOLOGIE PRINCIPALE

.....
.....

Date intervention

PATHOLOGIES ASSOCIEES

.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

.....
.....
.....

ALLERGIES :

ETAT CLINIQUE ACTUEL

Poids Taille..... IMC

Alimentation Autonome Aide partielle Dépendant
 Alimentation Entérale Alimentation Parentérale

Elimination Autonome Aide partielle Dépendant
 Sonde urinaire Stomie
 Incontinence urinaire Incontinence fécale

Mobilisation Autonome Aide partielle Dépendant
 Fauteuil roulant

Soins Hygiène Autonome Aide partielle Dépendant

Respiration Autonome Oxygénothérapie VNI

Communication Correcte Altérée

Vision Correcte Altérée

Audition Correcte Altérée

Troubles conscience : non oui A préciser :

Troubles comportementaux : non oui A préciser :

Troubles de l'humeur : non oui A préciser :

Troubles cognitifs : non oui A préciser :

Capacités fonctionnelles : non oui A préciser :

Douleur non oui A préciser :

Addictologie active : non oui A préciser :

Infection(s) : non oui A préciser :

SOINS Pansement à préciser :

Escarres type de localisation :

FINALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Projet médical Bilan diététique

Kinésithérapie

Prise en charge psychologique

Le patient sera associé à la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé sur lequel il s'engage.
L'adhésion à ce projet conditionne l'atteinte des objectifs fixés et la prolongation éventuelle du séjour en cas de nécessité.

Projet social Durée du séjour (à préciser :))

Devenir à la sortie : Retour à domicile

Placement en établissement médico-social

Démarches sociales en cours APA

Aide sociale

TRAITEMENT EN COURS

(fournir obligatoirement copie de la dernière ordonnance)

.....

.....

.....

Date/...../.....

Médecin prescripteur :

Dr.....

Tél.....

(Tampon et signature médecin)

Partie réservée à la Clinique

CAS DE REFUS D'ADMISSION

(Un ou plusieurs des critères suivants)

- Le patient présente des troubles comportementaux majeurs
- Le patient présente un problème psychiatrique non stabilisé
- Le patient présente une Addictologie active
- La rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer
- Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles
- Le patient, tel que décrit, relève d'un autre type de prise en charge

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date/...../.....

Dr.....

Tél

Signature