

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS  
ET MEDICAUX DE PRE-ADMISSION EN  
HDJ**

Document interne

Indice 1

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Chirurgien : \_\_\_\_\_

Etablissement adresseur : \_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

**Renseignements relatifs au patient :**

NOM : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

**IMPERATIF**

N° S.S. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ + Caisse

**Nom Mutuelle et N° adhérent:**

*Joindre impérativement la photocopie de la carte d'assuré social  
et de la mutuelle ou notification de C.M.U.*

Prise en charge dans le cadre d'un accident de travail : Oui Non

Prise en charge dans le cadre d'une ALD : Oui Non

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX DE PRE-ADMISSION EN HDJ

Document interne

Indice 1

### Renseignements médicaux :

Motifs de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Interventions en rapport et dates :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Infections nosocomiales :  oui :  non

Antécédents :

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Allergies :
- Toxicologiques :  tabac  alcool  drogues

Traitements médicamenteux : **Joindre copie de la prescription**

- Antibiotiques :
- Antalgiques :
- Psychotropes :
- Autres :

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Déplacements :<br><input type="checkbox"/> Sans aide<br><input type="checkbox"/> Aide humaine<br><input type="checkbox"/> Déambulateur<br><input type="checkbox"/> Cannes<br><input type="checkbox"/> Fauteuil | Elimination :<br><input type="checkbox"/> Continence<br><input type="checkbox"/> Incontinence urinaire<br><input type="checkbox"/> Incontinence anale | Comportement :<br><input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Adynamique<br><input type="checkbox"/> Agitation                | Etat cutané :<br><input type="checkbox"/> Sain<br><input type="checkbox"/> Escarre<br><input type="checkbox"/> Pansement |
| Etat respiratoire :<br><input type="checkbox"/> Oxygène<br><input type="checkbox"/> Trachéotomie<br><input type="checkbox"/> Aérosols  | Communication :<br><input type="checkbox"/> Normale<br><input type="checkbox"/> Surdit e<br><input type="checkbox"/> Aphasie                          | Troubles cognitifs :<br><input type="checkbox"/> Normale<br><input type="checkbox"/> D sorient e<br><input type="checkbox"/> Troubles mémoire | Commentaires :   |

Liste des rendez-vous prévus durant le séjour :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_