

**CLINIQUE
LA MAJOLANE**

**DEMANDE D'ADMISSION
EN HOPITAL DE JOUR**

**Hôpital de Jour
Clinique La Majolane**

Téléphone Secrétariat HDJ : 04.37.44.27.34

Fax HDJ : 04.37.44.28.51

hdj.lamajolane@orpea.net

**Fiche de préadmission
Renseignements administratifs**

Sexe : Féminin Masculin

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Situation de famille :

Adresse :

N° de téléphone :

N° Sécurité Sociale :

Coordonnée de la mutuelle (Nom,
Adresse et Numéro de téléphone) :

<p><u>Validité neuropsychique :</u> Conscience : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée Compréhension : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée Expression : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée Dépression : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Désorientation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><u>Facteurs de risque (conduites addictives) :</u> Tabac : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Alcool : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Médicaments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez :</p> <p><u>Etat cutané :</u> Escarres ou plaies : Localisations :</p>	<p><u>Nutrition :</u> Poids : Taille :</p> <p>Régime : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Pauvre en sel <input type="checkbox"/> Pauvre en graisse <input type="checkbox"/> Sans viande</p>
---	--

Programme de soins HDJ demandé :

- Prévention des chutes
- Programme Nutrition
- Programme Locomoteur

Identification du prescripteur

Nom du médecin :	Cachet du médecin + signature :
Adresse : Téléphone : Adresse mail :	Date :

Merci de joindre un courrier médical en plus du présent questionnaire

DATE : /..... /.....

Signature patient :