

Merci de renseigner entièrement ce questionnaire et de le renvoyer confidentiellement au  
Président de la CME, à l'adresse suivante :  
**Clinique les Oliviers – 981 RD 25 – 83830 CALLAS**  
ou par **fax** au Secrétariat Médical au **04.94.39.18.87**  
ou par mail : [accueil.callas@orpea.net](mailto:accueil.callas@orpea.net)

<b>Nom</b> : .....	<b>Prénom</b> : .....	<b>Date de naissance</b> : .../.../.....
<b>Adresse</b> : .....		
<b>Numéro de téléphone</b>	.....	
<b>Numéro de sécurité sociale</b> :	.....	
<b>Mutuelle</b> :	.....	
<b>Coordonnées de la personne à prévenir (téléphone adresse) :</b> .....		
<b>Chambre particulière</b> : o oui    o non		
<b>Date d'admission souhaitée</b> : .....		

<b>MOTIF D'HOSPITALISATION</b> .....	
Si intervention, date intervention :	.....
<b>Histoire de la maladie</b> : ..... .....	
<b>Antécédents</b> (médicaux, chirurgicaux) Merci de joindre les derniers comptes rendus des spécialistes ou de la dernière hospitalisation.	..... ..... ..... .....

<b>Traitements</b> (Merci de nous joindre la ou les dernières ordonnances) :
.....
.....
.....
.....
.....

<b>Rdv prévu ou à prévoir</b> :

<b>Coordonnées du médecin et des spécialistes (Noms, téléphone) :</b>
Médecin traitant :
Cardiologue :
Pneumologue :
Autres :

**IMPORTANT** : Veuillez remettre à votre patient son dossier radiologique et les résultats de ses examens biologiques récents, ainsi que son traitement médicamenteux en cours.

État clinique du patient à remplir (mettre une croix à la mention correspondant) :

COMPREHENSION		PARTICIPATION		HABILLAGE		TOILETTE	
Normale		Normale		Autonome		Autonome	
Difficile		Faible		Aide Partielle		Avec Aide	
Désorientation		Négative		Aide Totale		Complète	
Communication impossible		Nulle		Impraticable		Pluri-quotidienne	

INCONTINENCE		MOTRICITE		ALIMENTATION		COMPORTEMENT	
Aucune		Autonome		Autonome		Normal	
Occasionnelle		Avec Aide		Installer Surveiller		Dépression	
Permanente		Difficile		Faire Manger		Agitation	
Totale		Nulle		Régime		Agressivité	
Sonde à demeure		Fauteuil roulant		Sonde de nutrition		Fugues	

<b>Soins locaux :</b>	<u>Cicatrices :</u>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<u>Escarres :</u>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------	------------------------------	------------------------------

<b>Existence d'une infection nosocomiale :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui indiqué le germe : .....	
	localisation : .....	

**OBJECTIFS ATTENDUS DE NOTRE ETABLISSEMENT :** .....

.....

.....

<b>Kinésithérapie</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Contre-indiquée <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------------	------------------------------	--

<b>Surveillance Souhaitée</b>	Biologique <input type="checkbox"/>	Radiologique <input type="checkbox"/>	Électrocardiographique <input type="checkbox"/>
	Autre : .....		

<b>Devenir à l'issue du séjour :</b>	Retour au Domicile <input type="checkbox"/>	Autre Structure <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	--

*Je certifie que le malade désigné ci-dessus ne présente ni affection contagieuse, ni affection psychiatrique, ni comportement incompatible avec la vie en collectivité,*  
 Date : .....

*Nom, Titre et Signature du Médecin,.....Nom, Coordonnées et cachet de l'Établissement*