

DOSSIER MEDICAL DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

A retourner à secmedical@softwaymedical.mssante.fr

Date de la demande : / /

Encadrement réservé à la clinique Ker Yonnec

Validation/signature cadre des soins :

Validation/signature psychiatre :

Orientation potentielle en HDJ : OUI / NON

COORDONNEES DU PATIENT

Nom de naissance

Nom

Prénom de naissance

Date de naissance : __ / __ / __ __ Sexe : Féminin / Masculin / situation particulière.....

Lieu de naissance

Domicile Non fixe Fixe adresse :

N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __ code postal et ville :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Nom de la mutuelle :

Retour à domicile potentiel post hospitalisation : Non Oui Oui, avec aides

Protection juridique Oui Non

Si oui : Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

COORDINATION DU PARCOURS DE SANTE

Adresseur :

Nom du médecin demandeur :

Adresse :Code postal et ville

Téléphone : E mail :

Médecin libéral

Médecin hospitalier : **Établissement hospitalier**

Engagement de reprise

(à remplir uniquement si le patient est adressé par un établissement hospitalier)

Je soussigné(e) Docteur

m'engage à reprendre ce patient dans mon service, dans des délais raisonnables si la clinique Ker Yonnec n'est plus en mesure de l'accueillir.

Tampon et signature

Non du médecin traitant (si différent du médecin adresseur)

Adresse : Code postal et ville :

Téléphone : Email :

Date d'entrée souhaitée : / /

Orientation potentielle en hôpital de jour à l'issue de l'hospitalisation complète : oui non

Demande adressée au Docteur

DOSSIER MEDICAL DE PREAMMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

Motif(s) d'hospitalisation Trouble de l'humeur Anxiété Addiction(s) Trouble(s) du comportement, précisions

.....

.....

Histoire de la maladie (si connue) :

.....

Mode de vie :

.....

Antécédents connus (psy, familiaux, addictologie, médico-chirurgicaux , allergies) :

.....

Traitement psychiatrique en cours :

.....

Traitement somatique en cours :...

.....

Éléments cliniques :

.....

Toxiques :

Tabac Alcool Cannabis Médicaments Héroïne Cocaïne Substituts opiacés Autre :

Précisions :

Date dernière vaccination **Covid** : / /

Autonomie

Alimentation Hydratation	<p>Texture : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Mixée</p> <p>Régime : <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Hypocholestérolémiant <input type="checkbox"/> Sans fibres et sans résidus</p> <p>Autonomie : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale</p>
Hygiène et confort	<p>Hygiène : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale</p> <p>Habillage : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale</p>
Élimination	<p>Urines : <input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent / Selles : <input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent</p>
Comportement	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Incohérent</p>
Locomotion	<p><input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale</p>
Besoin en matériels	<p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Cannes anglaises <input type="checkbox"/> Déambulateur</p> <p><input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Néant</p>
Risque infectieux	<p><u>Antécédent d'acquisition d'une bactérie multirésistante</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Si oui, précisez :</p>

Signature du médecin prescripteur :

Cachet de l'établissement :