

# DEMANDE DE PRÉ-ADMISSION

## CLINIQUE THERAE

**SSR polyvalent et spécialisé en affections digestives, métaboliques et endocriniennes adultes et adolescents**

Fiche à transmettre complétée par fax au 02.54.50.13.13 ou par mail à [ssr-cliniquetherae@colisee.fr](mailto:ssr-cliniquetherae@colisee.fr)

### DEMANDEUR

Je suis un médecin libéral

NOM Prénom : .....

Généraliste ou spécialiste (si spécialiste, précisez) : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Courriel : .....

Je suis un établissement ou structure

Nom de l'établissement ou structure : .....

Service : ..... Fonction : .....

NOM Prénom : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... Courriel : .....

Date souhaitée d'admission : .....

Type de chambre souhaité :

Type d'hospitalisation :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour

- Chambre particulière
- Chambre double

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT

NOM Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Personne à prévenir (Nom, prénom, coordonnées téléphoniques et lien de parenté) : .....

Médecin traitant : ..... Ville : .....

Médecin spécialiste : ..... Ville : .....

Caisse de sécurité sociale : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom de mutuelle : .....

Situation familiale : ..... Situation professionnelle : .....

# DEMANDE DE PRÉ-ADMISSION

## MOTIFS DE LA DEMANDE

**DIAGNOSTIC / motif de la demande :**

**Antécédents :**

Autonomie du patient

**☞ Troubles de la vigilance et du comportement :**

- |                                 |  |  |                                   |
|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Troubles mineurs ou inconstants | <input type="checkbox"/> désorientation  | <input type="checkbox"/> Agressif |
|                                 |  | <input type="checkbox"/> déambulation    | <input type="checkbox"/> Opposant |
|                                 |  | <input type="checkbox"/> Risque de fugue | <input type="checkbox"/> Agité    |

**☞ Continence**

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Urinaire <input type="checkbox"/> non | Fécale <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui          | <input type="checkbox"/> oui        |

**☞ Toilette**

- |                               |                                       |   |  |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|

**☞ Habillage**

- |                               |                                       |   |  |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|

**☞ Alimentation**

- |                               |                                       |   |  |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|

**☞ Déplacements intérieurs**

- |                               |                                       |   |  |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|

**☞ Transferts**

- |                               |                                       |   |  |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide complète |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|

**☞ Sommeil**

- |                               |                                  |                                    |  |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Déambulation nocturne |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|

**☞ Handicaps sensoriels**

- |                                       |  |                                  |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lunettes     | <input type="checkbox"/> Mal voyant    | <input type="checkbox"/> Cécité  |
| <input type="checkbox"/> Appareillage | <input type="checkbox"/> Mal entendant | <input type="checkbox"/> Surdité |

**Soins spécifiques (kiné, stomie, sonde, oxygène, pansement, etc....)**

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