

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

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 :**

- ☐ Normal ☐ Troubles mineurs ou inconstants ☐ désorientation ☐ Agressif
☐ déambulation ☐ Opposant ☐ Risque de fugue ☐ Agité

↳ **Continence**

- Urinaire ☐ non Fécale ☐ non
☐ oui ☐ oui

↳ **Toilette**

- ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

↳ **Habillage**

- ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

↳ **Alimentation**

- ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

↳ **Déplacements intérieurs**

- ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

↳ **Transferts**

- ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

↳ **Sommeil**

- ☐ Seul ☐ Mauvais ☐ Avec aide ☐ Déambulation nocturne

↳ **Handicaps sensoriels**

- ☐ Lunettes ☐ Mal voyant ☐ Cécité
☐ Appareillage ☐ Mal entendant ☐ Surdité

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