

RESERVE AU COLLECTIF D'ADMISSIONS

Date d'exploitation du dossier

Décision

OUI NON ATTENTE

Commentaire

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

**INSTITUT MÉDICALISÉ
DE MAR VIVO**

La Seyne-sur-Mer

Les soins de suite et de réadaptation selon



**Ligne directe
04 94 11 44 93**

Etablissement adresseur

Médecin adresseur

Fax

Tél de l'Unité Médicale

Date d'admission souhaitée

Dossier Médical de Pré-Admission en HOSPITALISATION DE JOUR : HDJ-SMR

Document à envoyer par mail : accueildejour.imm83@lna-sante.com
med7.imm83@lna-sante.com

ou par FAX au 04 94 11 12 33

NOM Prénom
Date de naissance Lieu de naissance
Adresse
..... Tél
Caisse Maladie
Droits 100% 100% ALD (affection longue durée)
N° de Sécurité sociale
Mutuelle

A remplir par le Médecin :

Diagnostic motivant la demande d'admission (& date du KC)

Projet thérapeutique

ANTECEDENTS & PATHOLOGIES ASSOCIEES

AUTONOMIE DU PATIENT

MOBILITE autonome assistance aide partielle dépendance totale
TRANSFERT LIT/FAUTEUIL autonome surveillance aide partielle dépendance totale
TOILETTE/HABILLAGE autonome préparation aide partielle dépendance totale
ALIMENTATION autonome préparation aide partielle dépendance totale

CONTROLES SPHINCTERIENS OUI NON APPAREILLAGES
SONDE A DEMEURE COLOSTOMIE URETEROSTOMIE AUTRE

TROUBLES COGNITIFS ET/OU PROBLEMES PARTICULIERS

TRAITEMENT EN COURS (renseigner impérativement cette rubrique) avec posologies et durées (antibiotiques)

SOINS LOCAUX PANSEMENTS OUI NON DATE D'ABLATION DES SUTURES / /

DONNEES MORPHOMETRIQUES POIDS DU PATIENT TAILLE DU PATIENT

TRAITEMENTS ASSOCIES A EFFECTUER DANS D'AUTRES STRUCTURES DE SOINS PENDANT LE SEJOUR

RADIOTHERAPIE CHIMIOOTHERAPIE DIALYSE

Où ? QUAND ? COMBIEN DE TEMPS ?

Date de la demande / / Le Médecin adresseur
Signature, cachet et téléphone

*Pour permettre au Médecin de statuer au mieux sur le dossier de pré-admission du patient
MERCİ DE RENSEIGNER TOUTES LES RUBRIQUES*