Cliniques Saint Martin

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE - NEUROLOGIE - ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Sud

Questionnaire Médical préalable à l'admission

☐ Saint Martin Sud ☐ Clinique Saint Martin ☐ Hôpital de jour

Pour les deux établissements :
tél. **04 91 27 30 00 / 33**
fax **04 91 89 08 50**
admission@clinique-saint-martin.fr

Étiquette patient

Le patient présente :

- Traumatisme vertébro-médullaire ☐
- Accident vasculaire cérébral ☐
- Traumatisme cranio-cérébral ☐
- Atteinte neurogène périphérique ☐
- Autre affection : .....
  .....
- Éveil de coma ☐
- Orthopédie ☐
- Polytraumatisme ☐
- SEP ☐

(Les malades pour lesquels aucune réadaptation fonctionnelle ne peut être espérée, ne sont pas admis)

Renseignements

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom marital : ..... Age : .....

Tél. : .....

Adresse : ..... Mail : .....

....

.....

N° immatriculation : ..... Mutuelle : .....

Membre de la famille à prévenir : .....
(nom, tél., mail)

Merci de joindre la fiche administrative

Diagnostic - intervention

• Date: ..... Taille : ..... Poids : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents

Médicaux : .....

.....

Chirurgicaux : .....

.....

Traitement actuel

.....

.....

Autres éléments

☐ ATCD de sej. à l'étranger ☐ Aérosols

☐ BMR ☐ 02 ☐ SAD ☐ Encombrement

☐ Escarre ☐ Pansement ☐ Trachéotomie

☐ VVP ☐ VVC ☐ Isolement ☐ Aspirations

Élimination

☐ WC

☐ Incontinence urinaire

☐ Incontinence anale

Communication

☐ Normale

☐ Aphasie

☐ Mutisme

Autonomie

TOILETTE	DÉPLACEMENT	ALIMENTATION	ÉTAT PSYCHIQUE / COGNITIF
☐ Autonome	☐ Autonome	☐ Autonome	☐ Normal
☐ Aide lavabo	☐ Aide marche	☐ Aide repas	☐ Dépressif
☐ Aide douche	☐ Cannes	☐ Mixé / haché	☐ Frontal / adynamie
☐ Toilette au lit	☐ Déambulateur	☐ Eau épaissie	☐ Désorienté / confus
	☐ Fauteuil roulant	☐ Alimentation	☐ Agressif
	☐ Alité	Entérale / parentérale	☐ Risque de fugue

Provenance

Hôpital / Clinique .....

Médecin .....

Service / Unité .....

Tél./mail .....

Tampon et Signature du médecin traitant

Merci de joindre à ce questionnaire le compte rendu médical

Date d'entrée souhaitée

.....

☐ Chambre particulière *

☐ Chambre avec accompagnement *

* La demande est définitivement validée au moment de l'entrée du patient.
L'attribution se fait en fonction des places disponibles et dans l'ordre des demandes.