



CLINIQUE PHOCEANNE SUD
SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUE
17 AVENUE VITON 13009 MARSEILLE

DEMANDE D'ADMISSION

Tél. Admission : 04.91.16.95.16

Fax Admission : 04.91.26.24.71

PROVENANCE :

- Etablissement de provenance :
- Service : Médecin Référent:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT :

- Nom : Prénom :
- Age :
- Adresse :
- Téléphone :
- Personne à prévenir
Nom :
Nature du lien (famille, proche, tuteur, voisin, etc.) :
Adresse :
Téléphone :
- Médecin traitant
Nom :
Adresse :
Téléphone :
- N° de sécurité sociale :
Caisse :
Mutuelle :

DATE D'ADMISSION DEMANDEE :

**ORIENTATION DU PATIENT A LA SORTIE DE LA CLINIQUE
PHOCEANNE SUD :**

- Retour à domicile
- Retour à domicile avec soins infirmiers
- Maison de retraite : nom et lieu de la structure
.....
- Soins de longue durée : nom et lieu de la structure
.....
- Autres :.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL (CONFIDENTIEL !):

- Motif d'hospitalisation :
- Diagnostics associés :
- Traitement en cours et posologie :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

MOBILITE :

- Autonome
- Marche avec aide
- Lit / Fauteuil
- Grabataire

ALIMENTATION :

- Seul
- Aide partielle
- Aide totale
- Entérale, sonde

TAILLE :

POIDS :

VARIATION DE POIDS

AVANT HOSPITALISATION -...kg ou +... kg

HYGIENE :

- Se lave seul
- Aide partielle
- Aide totale

ETAT RESPIRATOIRE :

- Oxygène
- Trachéotomisé

ELIMINATION :

- Incontinence urinaire
- Incontinence anale
- Sonde urinaire
- Poche colostomie

ETAT PSYCHIQUE, MORAL :

- Normal
- Déprimé
- Agité, agressif
- Confus
- Démence
- Risque de fugue
- Désorienté

HABILLAGE :

- S'habille seul
- Aide partielle
- Aide totale

FIN DE VIE : Oui Non

PATIENT PORTEUR D'UNE

INFECTION :

Oui Non

Précisez :

ETAT CUTANE :

- Peau saine
- Peau lésée

RISQUE DE CHUTE

Patient identifié chuteur : Oui Non

Date des chutes :

Facteur de risque de chute connu :

Signature et cachet du médecin référent :