

DOSSIER DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION DE JOUR LOCOMOTEUR

DATE DE LA DEMANDE	____/____/20____	COORDONNEE DU MEDECIN DEMANDEUR
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	____/____/20____	NOM :
		PRENOM :
		ADRESSE MAIL :
		TEL : FAX :

IDENTIFICATION DU PATIENT *Joindre le dernier compte rendu d'hospitalisation*

Nom : Prénoms :

Adresse :

Tél :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Personne à prévenir : Lien :

Adresse :

Tél :

Régime de protection sociale :

N° d'immatriculation :

Mutuelle :

Nom du médecin traitant : Tél :

Suivi social OUI NON Nom du travailleur social : Tél :

DOSSIER MEDICAL

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

ANTECEDENT

.....

TRAITEMENTS EN COURS

MERCI DE TRANSMETTRE L'ORDONNANCE A JOUR AINSI QUE LES DERNIERS RESULTATS ET BILANS REALISES

DEMANDE DE BILAN MEDICO-SOCIO-PROFESSIONNEL

Assistante sociale OUI NON Chargée d'insertion professionnelle OUI NON

AUTONOMIE DU PATIENT

Le patient ne doit pas avoir de troubles cognitifs majeurs. En terme physique, il doit être capable de monter un étage et d'avoir un périmètre de marche supérieur à 100 mètres.

Signature du médecin demandeur

