

## Questionnaire d'admission

NOM/Prénom : .....

Date de naissance : ..... Etat civil : ..... Sexe : .....

Adresse: ..... Profession : .....

No Postal/Localité : ..... Langue parlée : .....

No Téléphone privé : ..... No Tél. en cas d'urgence : .....

Coordonnées	C.P.A.M	Coordonnées	Mutuel complémentaire
Département d'affiliation N° Sécurité Social N° Téléphone / Adresse	..... .....	Nom de l'assurance N° d'assuré N° Téléphone / Adresse	..... .....

Hôpital / Clinique - Médecin envoyeur / opérateur : .....

Adresse : ..... No Postal Localité : .....

No Téléphone : ..... No Fax : .....

**Date d'entrée souhaitée** : ..... Durée **probable** de l'hospitalisation : .....

Lieu où se trouve le patient avant son entrée à la Clinique Valmont : .....

Le patient a-t-il déjà séjourné à la Clinique Valmont ? | Si oui, à quelle période ?

Médecin de famille + Localité : .....

**Diagnostics pour la réadaptation :**

Maladie : .....  Accident : .....  Suite(s) d'accident : .....

Date de l'événement, de l'accident et/ou de l'opération : .....

Diagnostic connu du patient  Oui  Non **MRSA** :  Oui  Non

**Atteintes neurologiques :**

Parkinson  Alzheimer  Myélopathie  SEP  Troubles cognitifs  AVC  Autre : .....

**Comorbidités :**

HTA  Diabète  Hypercholestérolémie  Obésité  Insuffisance rénale  Autre : .....

**Documents médicaux à nous fournir :**

Antécédents médicaux  Traitement en cours

Laboratoires  Lettre de sortie

Rapports radiologique  Rapport opératoire

Images et/ou CDs

**Mode de vie et projet social :**

Habitat :  Appartement  Maison  EHPAD  Autre : .....

Entourage familial et social :  Vit seul(e)  Famille-Voisin  Aide-ménagère  Garde malade

Portage des repas  Téléalarme  Curatelle

Devenir social :  Retour à domicile  Aides existantes  Aides à prévoir  Orientation en EHPAD à prévoir

## Questionnaire d'admission

Nom : ..... Prénom : .....

**Etat du patient** : Afin d'examiner en détail la demande d'admission, nous vous prions de répondre aux questions suivantes **avec l'assistance du personnel soignant**.

<p><b>Toilette corporelle</b></p> <p>Lit : <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Lavabo <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Douche <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Habillage déshabillage</b></p> <p>Haut <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Bas <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Matériel auxiliaire : .....</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Déplacements</b></p> <p>Positionnement / Lit <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Lever / transfert <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Marche <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul</p> <p><input type="checkbox"/> Cannes Fourni par patient ?  <input type="checkbox"/> Tintébin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant  <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Elimination</b></p> <p>Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> oui : ..... <input type="checkbox"/> non          Incontinence fécale <input type="checkbox"/> oui : ..... <input type="checkbox"/> non          Aller aux WC <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/> cystostomie  <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit  <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Alimentation</b></p> <p>Se servir <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Couper les aliments <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Manger / Boire <input type="checkbox"/> aide : ..... <input type="checkbox"/> seul          Troubles déglutition <input type="checkbox"/> oui : ..... <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sonde <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Régime</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hypocholestérol  <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel  <input type="checkbox"/> Epargne digestive <input type="checkbox"/> Riche en fibres  <input type="checkbox"/> Hyperprotéiné <input type="checkbox"/> Sonde  <input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Mixé</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies alimentaire:</p>
<p><b>Etat physique</b></p> <p>Taille : ..... Poids: .....</p>	<p><b>Etat cutané :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Escarres Localisation : .....  <input type="checkbox"/> Matelas Air .....  <input type="checkbox"/> Plaies (préciser) .....  <input type="checkbox"/> Pansements .....</p>
<p><b>Etat psychologique</b> <input type="checkbox"/> Sans particularité</p> <p><input type="checkbox"/> Agressif / euphorique <input type="checkbox"/> Adéquat / stabilité émotionnelle  <input type="checkbox"/> Apathique / dépressif <input type="checkbox"/> Démence  <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Autre : .....</p>	
<p><b>Orientation</b> <input type="checkbox"/> Bonne</p> <p><b>Spatiale</b> <b>Temporelle</b></p> <p><input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Désorientation  <input type="checkbox"/> Orientation partielle <input type="checkbox"/> Orientation partielle</p>	<p><b>Mémoire</b> <input type="checkbox"/> Bonne</p> <p><i>Aptitude à conserver et/ou retrouver une information</i></p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés importantes  <input type="checkbox"/> Difficultés modérées</p>
<p><b>Communication</b> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Aphasie</p> <p><b>Compréhension</b> <b>Expression</b></p> <p><input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Impossible  <input type="checkbox"/> Partiellement atteinte <input type="checkbox"/> Partiellement atteinte</p>	<p><b>Résolution de problèmes</b> <input type="checkbox"/> Indépendance</p> <p><i>(Organisation, prises de décisions, etc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Assistance totale  <input type="checkbox"/> Dépendance partielle</p>

Lieu :

Date :

Timbre :

Signature du médecin envoyeur :