

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 :

Type(s) d'assurance(s) :	Assurance de base		Assurance complémentaire	
	<input type="checkbox"/> Commune	<input type="checkbox"/> Demi-privée	<input type="checkbox"/> Privée	
NOM de l'assurance :
No d'Assuré :
No Téléphone/No Fax :

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 :

Diagnostiques 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 EMS Autre :

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

Portage des repas Téléalarme Curatelle CMS OSAD

Devenir social : Retour à domicile Aides existantes Aides à prévoir Orientation en EMS 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>Toilette corporelle</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>Habillage déshabillage</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>Déplacements</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>Elimination</p> <p>Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Incontinence fécale <input type="checkbox"/> aide : <input type="checkbox"/> seul</p> <p>Aller aux WC <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/> cystostomie <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Protection</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
<p>Alimentation</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"/> aide : <input type="checkbox"/> seul</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>Régime</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>Etat physique</p> <p>Taille : Poids:</p>	<p>Etat cutané :</p> <p><input type="checkbox"/> Escarres Localisation : <input type="checkbox"/> Matelas Air <input type="checkbox"/> Plaies (préciser) <input type="checkbox"/> Pansements</p>
<p>Etat psychologique <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>Orientation <input type="checkbox"/> Bonne</p> <p>Spatiale Temporelle</p> <p><input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Orientation partielle <input type="checkbox"/> Orientation partielle</p>	<p>Mémoire <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>Communication <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Aphasie</p> <p>Compréhension Expression</p> <p><input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Partiellement atteinte <input type="checkbox"/> Partiellement atteinte</p>	<p>Résolution de problèmes <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 :