

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

A REMPLIR PAR LE PATIENT ET RENVOYER AU SERVICE DES ADMISSIONS

Hospitalisation complète :

- Soins de Suite Indifférenciés Affections Digestives
Métaboliques et Endocriniennes Affections de l'Appareil
Locomoteur
- Gériatrie

Hospitalisation de jour (ambulatoire) :

- AVC Chronique Autres pathologies

NOM : Prénoms :

NOM de naissance : Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nom et Prénoms de l'assuré(e) :

Adresse du centre de sécurité sociale :

CP : Ville :

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Date d'entrée souhaitée par le patient :

Séjour précédent à IPOCA : Dates : Service :

Chambre particulière souhaitée (de 85 à 120€ avec TV compris) :

- Oui
 Oui avec admission temporaire en chambre double si aucune chambre n'est disponible à l'entrée
 Non*

*En option, la télévision à 5€ par jour si chambre double avec port du casque audio

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénoms :

Adresse :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

INFORMATIONS ESSENTIELLES

A l'entrée, vous devez présenter **IMPERATIVEMENT** :

- ✓ Votre Carte d'identité ou Passeport
- ✓ Votre Carte Vitale et Carte de Mutuelle



Cas particulier :

- Sans mutuelle complémentaire mais pris(e) en charge à 100 %** par votre caisse, vous devez vous acquitter d'un forfait journalier de 20 €
- Sans mutuelle complémentaire mais pris(e) en charge à 80 %** par votre caisse, vous devez vous acquitter d'un Ticket Modérateur mensuel

A l'admission, une **caution** pourra vous être demandée à cet effet.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A REMPLIR PAR LE MEDECIN ET ENVOYER AU SERVICE DES ADMISSIONS

Nom du médecin adresseur :
Adresse :
CP : Ville : Téléphone : _ _ - _ _ - _ _

Pathologie principale motivant la demande d'hospitalisation :

Objectif(s) attendu(s) pour cette hospitalisation (à définir avec le patient) :

Rééducation nécessaire :

- Kinésithérapie Orthophonie Activité physique adaptée
 Ergothérapie Réhabilitation à l'effort Balnéothérapie (**Maillot de bain nécessaire**)

Données anthropométriques : Poids :kg Taille :cm

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergie :

Antécédents psychiatriques :

- Pathologie : Trouble cognitif, MMS :
 Etat psychique actuel Etat suicidaire

Traitement médical actuel (préciser la posologie avec horaires de prise selon le modèle suivant : TRAITEMENT® : 1-0-1-1 / durée s'il y a lieu) ou à défaut joindre une ordonnance du traitement actuel

Autonomie :

- Station debout possible Oui Non Avec aide
- Marche Seul Avec aide Avec un cadre En fauteuil roulant
- Toilette Seul Avec aide partielle Avec aide totale
- Habillage Seul Avec aide partielle Avec aide totale

Soins techniques

- Oxygénothérapie Alimentation entérale Alimentation parentérale
 Stomie digestive Autres, Précisez :
 Sonde vésicale Pansements complexes Précisez :

Données infectieuses :

- Porteur d'une BMR Oui Non Si oui, préciser le germe, le site :
- Hospitalisation à l'étranger dans les 12 derniers mois Oui Non

Date, signature et cachet du
médecin

N.B. Notre établissement bénéficie des annexes : XIX et XX convalescence et régime, XXII rééducation fonctionnelle. De ce fait, certaines catégories de patients ne peuvent être admis. Toute déclaration incomplète ou inexacte qui aurait eu pour effet l'acceptation du malade n'entrant pas dans le champ des annexes autorisées pourra entraîner l'éviction immédiate du malade. Afin d'éviter de refaire des examens entraînant des dépenses inutiles, merci d'apporter tous les éléments de votre dossier médical (analyses, radio etc.)