



QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ADMISSION

Service de Soins de Suite et de Réadaptation

Le .../.../....

Dr F. JATTIOT Praticien hospitalier

R. ACHILLI Cadre infirmier

J.M. CAVAILLES Cadre kinésithérapeute

Téléphone secrétariat **F. LE GRILL** : 05-63-42-50-66 Fax : 05-63-42-54-73

<u>ORIGINE DE LA DEMANDE</u>	Etablissement :	Tel :	Fax :
	Service :	Médecin :	
	Cadre infirmier :	Assistante sociale :	

<u>IDENTITE DU PATIENT</u>		
Nom :	Prénom :	Age :
Adresse habituelle :		

<u>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</u> (ATCD significatifs, motif de l'hospitalisation actuelle, traitements en cours...)
Signature du médecin

Entourer la réponse :

MOTIF DE LA DEMANDE : Rééducation Convalescence Placement / Pb Social

DEVENIR APRES LE SEJOUR EN SSR : Retour à domicile Placement en MR ou SLD

DATE DE TRANSFERT SOUHAITEE : / /

CHARGE EN SOINS :

<i>Etat général</i> :	Bon	Altéré		
<i>Pansements</i> :	Non	Oui	Fréquence :	
<i>Escarres</i> :	Non	Oui		
<i>Etat psychique</i> :	Cohérent	Perturbé	Dément	
<i>Déplacements</i> :	Seul	Avec aide	En fauteuil R.	Non , Pourquoi ?
<i>Elimination</i> :	Continent	Incontin. partielle	Incontin. totale	Sonde Ur.
<i>Alimentation</i> :	Seul	Avec aide	Sonde gastrique	
<i>Hygiène</i> :	Seul	Aide partielle	Aide totale	

Documents indispensables au transfert : Lettre de sortie avec traitement en cours, documents radiologiques, fiche de liaison IDE. Carte de sécurité sociale et mutuelle.

Important : Les questionnaires non correctement renseignés ne seront pas pris en considération +++