CENTRE HOSPITALIER
DE GAILLAC

QUESTIONNAIRE DE PRE-ADMISSION

Service de Soins de Suite et de Réadaptation

Le …/…/….

Dr F. JATTIOT Praticien Hospitalier — **Dr S. ROLLAND** Médecin attaché
C. AUDIBERT Cadre infirmier — **L. DANTAN** Cadre kinésithérapeute
Téléphone secrétariat **F. LE GRILL** : 05-63-42-50-66 Fax : 05-63-42-54-73

ORIGINE DE LA DEMANDE	Etablissement :	Tel :	Fax :
	Service :	Médecin :	
	Cadre infirmier :	Assistante sociale :	

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse habituelle : Age :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si Intervention Chirurgicale : motif, nature et date de l'intervention :

Motif de l'Hospitalisation et Projet Thérapeutique :

Diagnostics Associés Significatifs :

Traitement en cours :

Signature du médecin

DATE DE TRANSFERT SOUHAITEE : ….. / ….. / ……..

DEVENIR APRES LE SEJOUR EN SSR :

Souhait d'une **chambre particulière** : OUI NON

CHARGE EN SOINS :

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