



Route de Villalier -11600  
CONQUES sur Orbien  
Tél : 04-68-77-12-57

Questionnaire médical de pré admission  
en hôpital de jour :

- Prise en charge fragilités  
 Locomoteur-orthopédie

**A nous retourner par télécopie au : 04 68 72 23 80 ou par mail : céline.goin@korian.fr**

DOMICILE  Nom du médecin traitant : .....Tél : .....

ETABLISSEMENT NON CONNECTE A TRAJECTOIRE

Établissement: .....service : .....Tel : .....

Nom du médecin demandeur : ..... Nom du médecin traitant : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Né le : ..... Sexe : M F

Adresse : .....

Caisse d'affiliation : ..... Mutuelle : .....

Personne à prévenir : .....

Date d'admission souhaitée : .....

*Toute admission est soumise à la validation exclusive des médecins de la clinique.*

*Merci de rappeler au patient d'apporter lors de l'admission : carte vitale, carte d'identité, mutuelle, radiologies, derniers bilans sanguins et ordonnance des traitements habituels*

Diagnostic principal : .....

Histoire de la maladie : .....

.....

Date d'intervention : .....

Antécédents chirurgicaux et médicaux :

**Joindre l'ordonnance des traitements actuels.**

### OBJECTIF du SEJOUR

#### Prise en charge :

motricité/perte d'autonomie  locomoteur post chirurgie  fragilités  stomie

aménagement du domicile : oui  non

maladie : aigue  chronique

#### Déficiences :

Vision :  Audition :  Troubles du langage et de la parole :

Motricité : marche seul  marche avec aide humaine  marche avec aide technique

#### Troubles psycho comportementaux :

Anxiété – dépression : Oui  Non  Troubles cognitifs : Oui  Non  MMS : .....

Agitation  Agressivité  Fugues

<b>AUTONOMIE</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Cohérence	Converser et/ou se comporter sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Se repérer dans le temps et les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut : visage tronc, membres supérieurs, mains rasage, dos exclu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas : régions intimes, membres inférieurs, ongles des orteils exclus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut : passer un vêtement par la tête ou les bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyens : boutons, fermeture éclair, ceinture, bretelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas : enfiler un pantalon, mettre des chaussettes, bas, chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Se servir : couper la viande, ouvrir un yaourt, remplir un verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger : porte les aliments à la bouche, les avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	Urinaire : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale : assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	Intérieurs : sans tenir compte des aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Extérieurs : sans moyens de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance	Téléphone, sonnette, alarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SOINS

**Risques infectieux** : OUI      NON      précisez : .....

**Autres soins techniques :**

Oxygène : oui  non       nbre de litre : .....

Stomie : digestive       urinaire

Sonde urinaire : oui  non

Pansement : moins de 20 mn       Plus de 20 mn

CHRONIQUE : OUI      NON

ESCARRE

ULCERE

AIGUE : OUI      NON

Poids : ..... kg      variation du poids : oui      non

Dénutrition : oui  non       surcharge pondérale : oui  non

**COMMENTAIRE :**

.....

.....

.....

.....

.....

**AVIS MEDICAL KORIAN LA VERNEDE:**

OUI

NON

**MOTIF DE REFUS :**

**DATE DE LA CONSULTATION INITIALE :**