

Formulaire d'admission Hôpital de Jour SMR Hôpital Saint Joseph-Montval

Hôpital Saint Joseph-Montval - SMR Hôpital de Jour

93 chemin Joseph Aiguier - 13009 MARSEILLE

✉ : hdj-montval@hopital-saint-joseph.fr

☎ : 04 88 67 88 40

ADMINISTRATIF



PATIENT(E)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

CP / Ville :

Téléphone :

Mail :

Situation familiale : Situation professionnelle :

Caisse d'affiliation :

Mutuelle : Numéro de sécurité sociale :

	Personnes à prévenir (en cas d'urgence)	Personne de confiance (Loi du 4 mars 2002, notamment art L1111-6*)
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone		
Parenté / Fonction		
Sous TUTELLE ou CURATELLE (nom de l'organisme)		

Période d'entrée souhaitée :

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli.

La date d'entrée sera fixée après avis de la Commission d'admission et en fonction des places disponibles.

A son entrée le patient doit être en possession de ses cartes vitale et mutuelle, à jour.

A son entrée le patient doit être en possession d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, carte de séjour, etc).

**Si la personne de confiance est la même que la personne à prévenir : noter IDEM*

Formulaire d'admission Hôpital de Jour SMR Hôpital Saint Joseph-Montval

Nom de naissance :
Nom d'usage :

Prénom :
Date et lieu de naissance :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET INFIRMIERS

Médecin traitant	Médecin adresseur	Médecin spécialiste
Nom et prénom :	Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Clinique ou Hôpital :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pathologie principale :
Opéré le :

Pansement fait Sur place ☐ A domicile ☐

Fils résorbables: Agraphes : Fils non résorbables :

Interventions chirurgicales autres :
.....

Pathologies associées :

Traitement anticoagulant : OUI ☐ NON ☐

Traitement antidouleur : EVA :

Autre traitement médical :

Allergies médicaments :

Poids : Taille : IMC : TA :

Documents à fournir : Dossier médical complet - Protocole opératoire - Bulletin d'hospitalisation

APPRECIATION DE LA DEPENDANCE DU PATIENT

Motricité : ☐ Cannes anglaises ☐ Fauteuil ☐ Déambulateur ☐ Autonome	Toilette et habillage : ☐ Seul ☐ Aidé par ☐ Aide-soignante	Alimentation ☐ Autonome ☐ Allergie • Troubles de la déglutition ☐ OUI ☐ NON • Régime
Incontinence : ☐ Aucune ☐ Partielle ☐ Totale	Compréhension ☐ Normale ☐ Difficile ☐ Problème de langue	

SUIVI EXTERIEUR

- **Assistante sociale** Nom et adresse :
- **Orthophoniste** Nom et adresse :
- **Psychiatre** Nom et adresse :
- **Psychologue** Nom et adresse :