



**QUESTIONNAIRE MÉDICAL  
DE PRÉ-ADMISSION  
HOPITAL DE JOUR  
AFFECTION DU SYSTEME  
NEUROLOGIQUE**

A retourner au Bureau des admissions :

- par télécopie au : 04.42.65.61.92
- ou par email ✉ à [v.laugier@smrcezanne.com](mailto:v.laugier@smrcezanne.com)

Ligne directe pour tout renseignement :  
04.42.65.63.75

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR : .....

Médecin adresseur : .....

N° ☎ ..... Fax ..... Email ✉ .....

Médecin Traitant + Adresse : .....

.....

Nom Assistante Sociale : ..... N° ☎ ..... Fax .....

DATE D'ADMISSION CONFIRMEE LE : .....

Signature et tampon du médecin adresseur :

**Avis Médical du Centre Paul Cézanne :**  
Oui  Non

**DONNEES ADMINISTRATIVES DU PATIENT**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Sexe :  H :  F

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... N° de téléphone : .....

N° sécurité sociale : ..... Organisme sécurité sociale : .....

Coordonnée mutuelle : .....

Nom personne à prévenir : ..... ☎ : .....

**DONNEES MEDICALES DU PATIENT**

**Diagnostic principal :** .....

**Date d'intervention :** ..... **Histoire de la maladie et tableau clinique :** .....

.....

**État général :** ..... **Régime particulier :** .....

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :** .....

.....

**Traitements et posologies :** .....

.....

**Soins :** .....

**Troubles cognitifs :**  sévères  modérés  légers  aucun

**Désorientation temporo-spatiale, risque de fugue :**  oui  non

**Autonomie pour les déplacements :**  marche sans aide  marche autonome avec aide technique

propulsion autonome du fauteuil roulant  dépendant d'une tierce personne

Suite ....

**Autonomie pour les transferts** :  complète       avec aide humaine légère     avec aide humaine totale  
ou avec lève malade électrique

**Troubles du langage** :  aucun       modérés     sévères

**Contenance** :             oui             non

**Oxygénothérapie** :  non  oui    Débit : ..... VNI : .....

**Situation environnementale** : Entourage familial :  non       oui      Vit seul(e) :  non       oui

**TRANSPORT A PREVOIR** : Aller/Retour :  non  oui      en       Ambulance ou       VSL

---

**CES INFORMATIONS PERMETTRONT A NOS EQUIPES DE VALIDER UNE ORIENTATION DE PRISE EN CHARGE ADAPTEE SUR L'UN DE SECTEURS DE L'ETABLISSEMENT, AU VU DES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET SELON L'ETAT D'AVANCEMENT DU DOSSIER ADMINISTRATIF.**

**POUR INFORMATION, LE 1ER RDV SE FAIT TOUJOURS LE VENDREDI MATIN.**

Pour votre sécurité, la vérification de votre identité est indispensable.

**Lors de votre venue veuillez préparer :**

**Votre Carte Vitale**



**Votre Carte Mutuelle**



**Votre Pièce d'identité : carte d'identité, passeport ou carte de séjour**



**SI VOUS ETES ACCIDENTE(E) DU TRAVAIL OU EN MALADIE PROFESSIONNELLE, AJOUTEZ VOTRE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR.**

## **DOCUMENTS MEDICAUX A APPORTER :**

- radiographies, résultats d'examens et de laboratoire,
- compte rendu médical de l'hospitalisation précédente ou courrier du médecin adresseur,
- dernière ordonnance relatant le traitement en cours.