



## DOSSIER DE PRE-ADMISSION ADMINISTRATIF

DATE DE LA DEMANDE

**INTERESSE**

.....

NOM.....

NOM DE JEUNE FILLE.....

PRENOM.....

SEXE F M DATE DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....COMMUNE.....

TELEPHONE.....

CONDITIONS DE VIE A DOMICILE AUTRES EN COUPLE SEUL(E)

ETES-VOUS ACTUELLEMENT HOSPITALISE ? OUI NON

DELAI SOUHAITE LE PLUS TOT POSSIBLE DANS LES 6 MOIS DANS L'ANNEE

**SOLLICITEUR, SI DIFFERENT DE L'INTERESSE**

NOM.....

PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....COMMUNE.....

TELEPHONE.....

E-MAIL.....

QUALITE PARENT MEDECIN TRAITANT SERVICES SOCIAUX

STRUCTURE PRECEDENTE AUTRES

L'ADMISSION EST SOLLICITEE PAR L'INTERESSE PAR LE SOLLICITEUR



## DOSSIER DE PRE-ADMISSION MEDICAL

A faire compléter par votre médecin traitant

(Ce document confidentiel est destiné au médecin coordonnateur de l'établissement  
 et doit être joint au dossier, à part sous pli fermé)

Nom.....			
Prénom.....			
Date de naissance.....			
Antécédents médicaux et chirurgicaux significatifs.....			
.....			
Pathologies en cours.....			
.....			
<u>Etat de santé actuel</u>			
<u>1. Degré d'autonomie</u>			
<b>- Déplacement</b>			
Seul(e) avec aide	avec canne ou déambulateur		
Grabataire	lit et fauteuil		
<b>- Alimentation</b>			
mange seul(e)	avec aide		
alimentation normale	mixée		moulinée
<b>- Hygiène</b>			
fait sa toilette seul(e)	avec aide		ne fait pas
<b>- Continence</b>			
Continent(e)	Incontinent(e) urinaire		fécal
<u>2. Etat cutané</u>			
Absence d'escarres	escarres cutanés en traitement		
<u>3. Comportement</u>			
Pas de troubles	Fugue		Incohérence habituelle
<u>4. Traitement médical en cours</u> .....			
.....			
.....			
.....			

Date de la demande

Cachet du médecin traitant