



QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-ADMISSION

A remplir complètement par le Médecin et à retourner d'urgence et confidentiellement
au Docteur Patrick LABORDE, Médecin Directeur de l'Etablissement

NOM ET PRENOMS DU PATIENT :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE ET NUMERO DE TELEPHONE :

ORGANISME DE SECURITE SOCIALE :

NUMERO D'IMMATRICULATION :

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :

LE PATIENT SOUHAITE UNE CHAMBRE INDIVIDUELLE : OUI NON

NOM ET TELEPHONE DE LA PERSONNE A PREVENIR :

Notre établissement ne reçoit pas les patients ayant des troubles psychiatriques .

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Si intervention, **DATE D'INTERVENTION** :

HISTOIRE CLINIQUE DE LA MALADIE :

ANTECEDENTS :

PATHOLOGIES ASSOCIEES :

OBJECTIFS ATTENDUS DE NOTRE ETABLISSEMENT :

KINESITHERAPIE : OUI NON CONTRE-INDIQUEE

SURVEILLANCE SOUHAITEE :

BIOLOGIQUE RADIOLOGIQUE ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

AUTRE :

LE PATIENT DOIT-IL ETRE REVU EN CONSULTATION ? OUI NON

DATE :

DEVENIR A L'ISSUE DU SEJOUR : RETOUR AU DOMICILE AUTRE STRUCTURE

AUTRE :

