



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)  
Tel : 01.55.12.72.39

## **CONFIDENTIEL**

**A FAIRE REMPLIR**  
**PAR UN MEDECIN**

### **FICHE MEDICO-SOCIALE EN VUE D'UNE ADMISSION A L'HOPITAL DE JOUR**

#### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

M / Mme / Mlle : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Numéro de téléphone : .....

#### **PIECES JOINTES AU DOSSIER**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation carte vitale | <input type="checkbox"/> Grille de dépendance                         |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle                 | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation avec K opératoire |

#### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Nom du chirurgien : Dr..... Médecin traitant : .....  
Date d'entrée : ..... / ..... / ..... Date d'intervention : ..... / ..... / .....  
Nature de l'intervention : .....  
Date de sortie prévue : ..... / ..... / .....  
Date d'entrée demandée : ..... / ..... / ..... Lieu de départ : .....

#### **PIECES JOINTES AU DOSSIER :**

- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Compte rendu d'hospitalisation détaillé
- ☐ Totalité du dossier médical (radio, scanner, IRM, EGG, Labo)
- ☐ Traitement complet en cours + traitement de sortie

#### **RENSEIGNEMENTS SOCIAUX :**

##### **MODE DE VIE**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vit seul   | <input type="checkbox"/> Parle français                 |
| <input type="checkbox"/> En famille | <input type="checkbox"/> Langue(s) étrangère(s) : ..... |

##### **DEVENIR DU PATIENT A LA SORTIE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite | <input type="checkbox"/> Maison médicalisée |
| <input type="checkbox"/> Domicile           | <input type="checkbox"/> Famille            |



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

**Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)**  
**Tel : 01.55.12.72.39**

**IDENTITE :**

Nom : ..... Date d'entrée : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse :

.....  
.....  
.....

**Personne (s) à prévenir :**

.....  
.....  
.....  
.....

**HOSPITALISATION ACTUELLE :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Médecin traitant :** .....

Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Médecin adresseur :** .....

Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**CACHET DU MEDECIN**



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)  
Tel : 01.55.12.72.39

## CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

### ANTECEDENTS ;

Passé professionnel (profession exercée) : .....

### 1 - Antécédents médical, chirurgical, neuro-psy :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2 – Motif de la demande d'admission en HDJ :

.....  
.....  
.....  
.....

Allergies :	NON	OUI (lesquelles) : .....
Alcoolisme :	OUI	NON
Tabagisme :	OUI	NON
Pacemaker :	OUI	NON
Obésité :	OUI	NON
H.T.A. :	OUI	NON
Dyslipidémie :	OUI	NON
Diabète :	OUI	NON
Angor	OUI	NON

AUTRES (à préciser) : .....



## ETAT CLINIQUE

### ETAT ACTUEL

Etat général :           BON                           MEDIOCRE                           TRES ALTERE  
Poids actuel :           ..... Kg                           Taille : .....  
Acuité visuelle :       BONNE           MOYENNE   LUNETTES   MEDIOCRE   CECITE  
Acuité auditive :       BONNE           MOYENNE   MEDIOCRE   APPAREIL   NULLE

#### A) Etat Pulmonaire

Le patient est-il actuellement porteur d'une affection pulmonaire           OUI           NON

Si Oui, laquelle : .....

Conclusions : .....

Date de la dernière radio pulmonaire : .....

Conclusions : .....

Oxygénothérapie       OUI           NON

Trachéotomie :       OUI           NON

#### B) Etat cardiologie :

Affection actuellement en cours ?           OUI           NON

Si oui, préciser : .....

Pouls : ..... T.A. habituelle : .....

Symptômes actuels : .....

Date du dernier E.C.G. ....

Conclusions : .....

#### C) Etat neurologique

Existe-t-il une affection en cours ?           OUI           NON

Si oui, laquelle : .....

Existe-t-il un déficit moteur ?           OUI           NON

Si oui, quelle topographie : .....

Existe-t-il des troubles de l'équilibre ?       OUI           NON

Existe-t-il des troubles de la compréhension ? OUI           NON

Existe-t-il des troubles de la parole ?       OUI           NON

Existe-t-il des troubles de la déglutition ?   OUI           NON

Autres symptômes neurologiques présentés : .....



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

**Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)**  
**Tel : 01.55.12.72.39**

**D) Etat psychique**

Est-il porteur d'une affection psychiatrique ?      **OUI**      **NON**

Si oui, laquelle ? .....

Dégradation psychique ?      **OUI**      **NON**

**Fonction cognitives** : ☐ Troubles légers    ☐ Troubles modérés    ☐ Troubles sévères

☐ Sénilité      ☐ Désorientation temporo spatiale

☐ Troubles amnésiques      ☐ Troubles du langage

**Comportement** :

Lucidité totale    Agitation    Agressivité    Semi-lucidité    Apathie    D.T.S.

**Communication** : Bonne    Moyenne    Médiocre    Très limitée

**Compatibilité avec la vie communautaire** :    **OUI**    **NON**

**E) Etat cutané**

Escarres : **OUI**      **NON**      **Ulcères** : **OUI**      **NON**

Lieu de lésion : .....

Aspect : .....

Surface : .....

Profondeur : .....

**F) Appareil locomoteur**

Présente-t-il une affection rhumatologique ?      **OUI**      **NON**

Si oui, laquelle ? .....

Quelles sont les articulations concernées ? .....

Degré d'impotence ? .....

Immobilisation ..... **OUI**      **NON**      **DUREE**

Sans Appui..... **OUI**      **NON**      **DUREE**

**G) Appareil digestif**

Affection en cours actuellement ?    **OUI**      **NON**      **SI OUI LAQUELLE**

☐ Sonde gastrique      ☐ Stomie



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

**Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)**  
**Tel : 01.55.12.72.39**

## SOINS AU MOMENT DE LA DEMANDE

### 1 – Médicaments :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2 – Chimiothérapie : OUI      NON      SI OUI FREQUENCE

– Radiothérapie : OUI      NON      SI OUI FREQUENCE3

3 – Kinésithérapie      ☐

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4 – Orthophonie      ☐

5 – Régime : lequel ? .....

Normal      ☐

Haché      ☐



Ramsay Santé  
Clinique  
de Champigny

**Clinique de Champigny**  
34 Rue de Verdun, 94500 Champigny-sur-Marne

**Mail : [l.boudjelta@ramsaygds.fr](mailto:l.boudjelta@ramsaygds.fr)**  
**Tel : 01.55.12.72.39**

## AUTONOMIE – DEPENDANCE

### Mobilité

- Marche sans aide (ou avec une canne) ☐
- Marche avec déambulateur ou deux cannes ☐
- Marche uniquement avec tierce personne ☐
- Se déplace seul en fauteuil roulant ☐
- Ne se déplace pas ☐

### Continence

- Continent ☐
- Continent si mené régulièrement aux WC ☐
- Incontinence uniquement nocturne ☐
- Incontinence diurne et nocturne ☐
- Porteur d'une sonde à demeure ☐
- Incontinence fécale ☐

### Actes de la vie quotidienne

- |                           |                       |                          |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <b>1 – Alimentation :</b> | <b>Sans aide</b>      | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide partielle</b> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide totale</b>    | <input type="checkbox"/> |
| <b>2 – Toilette :</b>     | <b>Sans aide</b>      | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide partielle</b> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide totale</b>    | <input type="checkbox"/> |
| <b>3 - Habillage :</b>    | <b>Sans aide</b>      | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide partielle</b> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <b>Aide totale</b>    | <input type="checkbox"/> |

## **CONFIDENTIALITE**

**LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOCUMENTS CI-JOINTS SONT DESTINEES A L'USAGE EXCLUSIF DU DESTINATAIRE. SI VOUS LES RECEVEZ PAR ERREUR, MERCI DE NE PAS LES DIVULGER, LES REPRODUIRE OU LES DISTRIBUER MAIS NOUS CONTACTER. MERCI.**