

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

- Attestation carte vitale Grille de dépendance
 Mutuelle 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

- Vit seul Parle français
 En famille Langue(s) étrangère(s) :

DEVENIR DU PATIENT A LA SORTIE

- Maison de retraite Maison médicalisée
 Domicile Famille

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

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

ANTECEDENTS ;

Passé professionnel (profession exercée) :

1 - Antécédents médical, chirurgical, neuro-psychologique

2 – Motif de la demande d’admission en HDJ :

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

Allergies : **NON** **QUI** (lesquelles) :

Alcoolisme : **QUI** **NON**

Tabagisme : QUI NON

Pacemaker : **QUI** **NON**

Obésité : **QUI** **NON**

HTA : OUI NON

Dyslipidémia : OUI NON

Dyslipidémie : OUI NON
Diabète : OUI NON

Diabetic: **Yes** **NON**
▲ **YES** **NON**

Angor Ser Non

AUTRES (a 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 :		

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

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

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

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