



**POLYCLINIQUE GERIATRIQUE SAINT FRANCOIS**  
**MEDECINE CONVALESCENCE**  
**REEDUCATION - BALNEOTHERAPIE**  
**Tél : 04.94.72.81.16. Fax : 04.94.72.81.17**  
**Responsable des Admissions :**  
**Mme DE SIANO au 04.94.72.81.09**

## **DEMANDE DE PLACEMENT**

*Par un établissement*

*ou par le Médecin Traitant*



### **+ ETABLISSEMENT DE PROVENANCE :**

.....

- **Nom et Fonction de la personne demandant le placement :**  
.....
- **Dossier suivi par :**  
Nom : .....  
Fonction : .....  
Tél : .....

### **+ MEDECIN TRAITANT :**

- **Nom:**  
.....
- **Adresse**  
.....
- **Tél :**  
.....

### **+ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

- **Nom du Patient :** ..... **Prénom :** .....
- **Age :** .....
- **Adresse :** .....  
.....
- **Téléphone :** .....
- **Personne à prévenir :**  
Nom et nature du lien (famille, proche, tuteur, voisin, etc..) :  
.....  
Adresse : .....  
Téléphones : .....
- **Médecin traitant :**  
Nom : .....

- **N° Sécurité Sociale :** ..... **Caisse :** .....
- **Nom de l'assuré :** .....
- **Forfait journalier :** réglé par :  Mutuelle  A la charge du patient  
 C.M.U  Autres : .....
- **Chambre particulière de confort :**  oui  non

**+ Date d'admission souhaitée :** .....

### **+ ORIENTATION DU PATIENT A LA SORTIE DE LA POLYCLINIQUE ST FRANCOIS**

- ρ Retour à domicile
- ρ Retour à domicile avec soins infirmiers
- ρ Maison de retraite : nom et lieu de la structure : .....
- ρ Soins de longue durée : nom et lieu de la structure : .....
- ρ Autres : .....

**QUESTIONNAIRE MEDICAL  
(CONFIDENTIEL)**

Signature et cachet du  
Médecin référent :

\* **1) Diagnostique d'entrée**

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

\* **2) Antécédents**

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

\* **3) Traitement en cours et posologie :**

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

**Evolution de l'autonomie**

**Mobilité**  autonome  entérale, par sonde

- marche avec aide
- lit / fauteuil
- grabataire

**Hygiène**  se lave seul

- aide partielle
- aide totale

**Elimination**

- incontinence urinaire
- incontinence anale
- sonde urinaire  
date de pose : .....
- poche colostomie

**Habillage**  s'habille seul

- aide partielle
- aide totale

**Etat Cutané**  peau saine

- peau lésée

**Variation de poids :**  oui  non

**Alimentation** :  seul

- aide partielle
- aide totale

**Etat Respiratoire :**  Besoins  
d'Oxygène

- Trachéotomisé

**Etat psychique et moral :**

- normal
- déprimé
- agitation/agressivité
- troubles du comportement
- désorientation
- risque tentative de suicide
- risque de fugue

**Parole**  langage normal

- perturbée
- aphasie

**Fin de vie :**  oui  non

**Infection Nosocomiale :**  oui  non

**Porteur d'une Maladie Contagieuse**

:  non  si oui, laquelle

.....

**Ne pas remplir, réservé à la clinique st François**

Avis du médecin du Centre st François :  Accordé

Refusé, Motif : .....

Date : .....

Nom et signature du Médecin :