



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 :