Hôpital de Jour CÉRÈS
65, Voie Romaine
06000 NICE
☏ : 04.89.08.76.00
Email : *contact@hdjceres.com*
N°FINESS : 060023694

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

Photo d'identité

Nom :…… Prénom : ……..

Date de Naissance …….. Tel : ……..

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DU PATIENT ET A RETOURNER A CERES

A l'attention du médecin prescripteur (traitant ou spécialiste)

Cher confrère,

Nous vous remercions de-vous assurer auparavant que le patient ne rentre pas dans les critères de refus suivants :

- *Age <18 ans*
- *GIR<4*
- *Anorexie mentale*
- *Alcoolisme non sevré*
- *Essai thérapeutique*
- *Pathologies psychiatriques non stabilisées*
- *Post–tentative de suicide*
- *Absence de motivation ou d'intérêt pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique*

NOUS VOUS REMERCIONS D'ETABLIR LA PRESCRIPTION MEDICALE DU SEJOUR POUR VOTRE PATIENT(E) A L'AIDE DU DOCUMENT CI-JOINT

*Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « **prescription médicale de transport** », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e).*

Le Médecin Responsable

1. État nutritionnel :

Taille : Poids : IMC : :

Troubles métaboliques :

☐ Diabète de type 1 ☐ Diabète de type 2

☐ Autre :

2. Diagnostic principal /motif d'admission :

3. Antécédents médicaux :

Locomotion : ☐ Autonome ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ *Handicap moteur*, *préciser* :

4. Antécédents chirurgicaux :

5. Antécédents familiaux :

6. Toxiques (tabac, alcool, drogue) :

7. Allergies (médicamenteuses, alimentaires) :

8. État psychique :

9. Situation sociale actuelle, Vit : ☐ Seul ☐En couple ☐ Autre, préciser :
☐Tuteur ☐ Curateur

10. Traitement actuel (joindre ordonnance) :

11. Soins spécifiques :

Cachet et signature du médecin

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

Hospitalisations antérieures ☐ Non ☐ Oui
Date : _____
Date : _____
Date : _____

Date : _____
Accord : ☐ **Refus :** ☐
Motif(s) de refus :

Nom et signature du Médecin :