

FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR MEDECINE

Médecin, chef de service : DR LUIZY
Hôpitaux des Portes de Camargue

Hôpital de Jour – Médecine
Route D'Arles
13150 Tarascon
Tél : 04.90.91.56.00

PATIENT :

Nom d'épouse :

Nom :

Prénom.....

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

Sexe : F M

Numéro de sécurité sociale :

AFFECTION LONGUE DUREE (ALD) : OUI ☐ NON ☐

Tél domicile :

Tél famille : Lien parental.....

Protection juridique : oui non

Si oui, coordonnées de la personne chargée de la protection juridique :

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Médecin demandeur :
Téléphone :
Adresse mail :
Date de la demande :

SIGNATURE ET TAMPON :

MOTIF DE LA DEMANDE :

- ☐ Bilan de prévention de repérage ICOPE des fragilités ☐ Trouble de la marche et de l'équilibre
☐ Bilan de chute ☐ Maintient précaire au domicile par perte d'autonomie
☐ Perfusion de fer

Contexte de la demande d'admission (toute information utile à préciser) :

DOSSIER MEDICAL

- Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques :

- Pathologies actuelles et état de santé :

TAILLE :

POIDS :

AMAIGRISSEMENT RECENT : ☐ OUI ☐ NON

- Risque de chute : ☐ oui ☐ non

Nombre de chutes au cours des 6 derniers mois :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Ayant nécessité un passage aux urgences : | oui | non |
| - Ayant nécessité une hospitalisation : | oui | non |
| - Aménagement du domicile : | oui | non |
| - Mise en place d'interventions : | oui | non |

ALIMENTATION

Diabétique : ☐ oui ☐ non

Régime.....

Texture.....

AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐

TRAITEMENT ACTUEL

Merci de joindre la dernière ordonnance médicamenteuse et le dernier compte rendu d'hospitalisation.

Demande à remplir et à adresser par mail à hdj@hdpdc.fr.

AVIS MEDECIN HDJ :

VALIDATION

OUI

NON