



DTAQ ORG 111.001

**POLYCLINIQUE LA PHOCEANNE**  
**MEDECINE CONVALESCENCE**  
**CHIRURGIE AMBULATOIRE**  
Tél : 04.91.18.08.08.  
Web : www .clinique-laphoceanne.fr

**Responsable des Admissions : Mme BENHAIM**  
Tél. : 04.91.18.08.94 / Fax : 04 91 18 07 33  
Mail : clinique.phoceanne@wanadoo.fr

## DEMANDE DE PLACEMENT

### + ETABLISSEMENT DE PROVENANCE :

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

- **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



DTAQ ORG 111.001

**+ ORIENTATION DU PATIENT A LA SORTIE DE LA POLYCLINIQUE LA PHOCEANNE**

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

Signature et cachet du  
Médecin référent :



DTAQ ORG 111.001

## **QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

\* **1) Diagnostic d'entrée à la clinique La Phocéenne**

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

\* **2) Antécédents**

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

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

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



DTAQ ORG 111.001

## Evolution de l'autonomie

### Mobilité

- autonome
- 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

### Variation de Poids avant

hospitalisation : -....kg ou +... kg

- aide totale
- entérale, par sonde

### Etat Respiratoire

: d'Oxygène

- Besoins

- 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

BMR :  oui  non

Porteur d'une Maladie Contagieuse

:  non  si oui, laquelle

.....