



**POLYCLINIQUE LA PHOCEANNE**  
**MEDECINE CONVALESCENCE**  
**CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Tél : 04.91.18.08.08. Fax : 04.91.18.83.61

Web : [www.clinique-laphoceanne.fr](http://www.clinique-laphoceanne.fr)

Responsable des Admissions : Mme BENHAIM 04.91.18.08.94

Mail : [clinique.phoceanne@wanadoo.fr](mailto:clinique.phoceanne@wanadoo.fr)

## **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 : .....

.....

- **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 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 :



# **QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

\* **1) Diagnostic d'entrée**

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

\* **2) Antécédents**

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

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

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



## 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

:  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

BMR :  oui  non

Porteur d'une Maladie Contagieuse

:  non  si oui, laquelle

.....

**Ne pas remplir, réservé à la clinique La Phocéenne**

Avis du médecin de la clinique La Phocéenne :  Accordé

Refusé, Motif : .....

Date : .....

Nom et signature du Médecin :