FORMULAIRE D'AMISSION EN HDJ

À transmettre à secretariat.hdj@hpmanche.fr

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... /.....
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse : .....
.....
Téléphone : .....

Date d'entrée souhaitée : ..... / ..... /.....

Données cliniques

Poids : ..... Taille : .....

Patient porteur de ☐ BMR ; de ☐ BHre
Antécédents médicaux et chirurgicaux :
.....
.....
.....

En cas d'antécédent neurologique, préciser les séquelles : .....

Autonomie

Troubles cognitifs :

- Altération ☐ Normale ☐ Mineure ☐ Importante ☐ Majeure

Locomotion :

- Transfert ☐ Seul(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
- Marche ☐ Seul(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

Prise en charge

Description de la pathologie motivant la demande (préciser : latéralité, date d'intervention…) :
.....
.....
.....
.....

En cas d'atteinte du membre inférieur, l'appui est-il interdit ? ☐ Non ☐ Oui Durée : .....

Prescriptions médicamenteuses ou joindre les ordonnances en cours : .....
.....
.....

Médecin demandeur : .....
Date : .....

Signature :

HÔPITAL PRIVÉ DE LA MANCHE