

La clinique des Pyrénées est un établissement de soins de suite et de réadaptation gériatrique situé dans la périphérie toulousaine. Les admissions sont réalisées **du lundi au vendredi, de 14h à 16h30**.

Ce dossier est soumis à la commission médicale d'admission. Une fois complété,  
**Merci de renvoyer le dossier par email (via medimail) ou fax à l'adresse indiquée ci-dessus.**

Adressé par le Dr : .....

Le médecin traitant est-il le médecin adresseur :            Oui             Non

Téléphone : ..... Fax : .....

E-Mail (medimail) : .....@.....

Date d'admission souhaitée :            /            /

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Situation familiale : Marié(e)/Pacsé(e)     Célibataire     Veuf(ve)     Divorcé(e)

Adresse :

.....  
.....

Téléphone : .....

E-Mail : .....@.....

*(En renseignant votre email, vous donnez votre accord pour recevoir un questionnaire de satisfaction liée à votre séjour en hospitalisation au sein de notre établissement)*

Organisme de prise en charge : .....

Numéro sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

ALD :    Oui             Non             En cours     Date de la demande : .....

Mutuelle complémentaire : .....

Chambre individuelle souhaitée : Oui             Non

Prise en charge forfait hospitalier : Oui             Non

Anonymat souhaité : Oui             Non

Mesures de protection juridique :            Oui             Non     En cours

Tutelle             Curatelle             Sauvegarde de justice

Si ce n'est pas le patient qui règle les factures, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées :

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Motif de l'hospitalisation :

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

Diagnostic principal :

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

Antécédents médicaux :

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

Antécédents chirurgicaux :

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

Allergies connues :

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

Traitement actuel : (merci de bien vouloir joindre la dernière ordonnance)

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

Statut infectieux : Oui  Non  BMR : Oui  Non

Identité du germe : .....

Localisation : ..... Antibiothérapie en cours : Oui  Non

Mesures de précautions à prendre : Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

Le patient a-t-il eu le COVID : Oui  Non  Date : .....

Le patient a-t-il bénéficié d'un cycle vaccinal complet contre le COVID : Oui  Non

Si oui, nom du vaccin injecté : .....

1<sup>ère</sup> dose  Date : .....

2<sup>ème</sup> dose  Date : .....

Voyage à l'étranger : Oui  Non   
l'étranger : Oui  Non

Date : .....Hospitalisation à

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

Perte de poids dans les trois derniers mois : Oui  Non  Si oui combien : .....Kg

Projet de soins :

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

## DEGRÉ D'AUTONOMIE

### • Pansement(s) :

Localisation :

Protocole :

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

• Déplacements :  Autonome  Aide partielle  Aide totale  Fauteuil roulant  
 Marche avec aide  Canne(s)  Déambulateur

• Alimentation :  Normale  Mixée  Moulinée  
 Régime Précisez : .....  
 Allergies alimentaires Précisez : .....

Mange seul  Aide partielle (installer, couper)  
 Aide totale  
 Alimentation parentérale  Alimentation entérale  
Voie d'abord : .....

• Continence : Oui  Non   
Si incontinence : Urinaire Oui  Non   
Fécale Oui  Non

Sonde vésicale à demeure : Oui  Date de pose : ...../...../..... Non

Sondage intermittent Oui  Non  Nombre fois par jour : .....

Etui pénien Oui  Non

Stomie : urinaire  digestive

• Matelas :  Normal  Prévention escarre classe 2  Matelas à air

• Toilette :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

• Habillage :  Autonome  Aide partielle  Aide totale

• Ventilation :  Autonome  Oxygénothérapie.....L/min  Sas appareillé

• Mobilité :  Autonome  Aide partielle  Aide totale  Alitement

Escaliers :  Autonome  Avec aide  Impossibilité

## COGNITION

• Compréhension :  Intacte     Altérée    MMS : ...../30

• Agitation :  Oui     Non

• Troubles du comportement :  Oui     Non

• Contention :  Oui     Non

Si oui, précisez : .....

## CONDITIONS DE VIE ANTÉRIEURES À L'HOSPITALISATION

IDE libérale    Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Kiné

Aide-ménagère

Portage repas

Téléassistance

Autres

Précisez : .....

## DEVENIR ENVISAGÉ À LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Retour à domicile

E.H.P.A.D.

HAD

HDJ

Autres

Précisez : .....

## DÉSIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

### Désignation de la personne de Confiance :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L.111-6) vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance.

*"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions."*

La désignation de la personne de confiance :

- Doit être une décision réfléchie
- Peut être révoquée à tout moment ou remplacée par une autre personne
- Est valable pour la durée de l'hospitalisation
- Doit se faire par écrit
- N'est pas obligatoire, le médecin s'adressera alors aux membres les plus proches de votre famille

**PATIENT** / Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date & lieu de naissance :  
.....

Etiquette du séjour

Déclare désigner comme personne de confiance :

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Le patient n'est pas en capacité de mentionner une personne de confiance
- Le patient ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Signature de la personne de confiance

## PERSONNE A PRÉVENIR

*Personne qui s'occupera de vos démarches administratives : (si différent de la personne de confiance)*

Nom - Prénom - Lien de parenté	Adresse	Téléphone	E-mail

## INFORMATION A L'ALIMENTATION DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

J'ai été informé(e) de l'existence de l'Espace Numérique de Santé (ENS) qui donne accès à mon DMP

Fait à :

Signature du patient :

Le :

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

De quoi s'agit-il ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

L'essentiel est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées. Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Si vous le souhaitez, la Clinique des Pyrénées vous informe et vous accompagne dans cette démarche.

A cet effet, merci de vous renseigner auprès de notre Infirmière Coordinatrice du Parcours de soins.

**PATIENT** / Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date & lieu de naissance :  
.....

Etiquette du séjour

- J'ai été informé de la possibilité de renseigner mes directives anticipées.
- Le patient n'est pas en capacité d'être informé sur ses directives anticipées.

Fait à :

Signature du patient :

Le :