

DOSSIER
ADMINISTRATIF



Clinique du Château de Goussonville

15 rue des Coutures
78930 GOUSSONVILLE
Tél: 01 34 78 90 90
Fax: 01 34 97 03 70

SERVICE DES
PREADMISSIONS

Tél : 01 34 78 90 11
Fax : 01 30 42 66 74
admissions.goussonville@orpea.net

RESERVÉ AU SSR

- ACCORD
 REFUS

DATE D'ENTRÉE :

.....

U.F. :

- SSR Polyvalent
 SSR Cardiovasculaire
 SSR Locomoteur
 SSR Gériatrie
 SSR Affections
respiratoires

DOSSIER DE PRE-ADMISSION C.R.F. DU CHÂTEAU DE GOUSSONVILLE

PROVENANCE

Établissement :
Service :
Personne transmettant la demande :
Fonction : Tél :
Courriel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom et Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Ville : Code Postal :
Téléphone :
Courriel :
Situation de vie : Vit seul Vit en famille
Personne à prévenir :
Parenté :
Statut : Médecin traitant :
Souhaite désigner la personne de confiance désignée

COUVERTURE SOCIALE

N° d'immatriculation de sécurité sociale :
.....
Caisse :
Nom de l'assuré (si ce n'est pas le patient) :
Mutuelle :
Cotisation chambre individuelle : Oui Non
A.L.D. : Oui Non En cours
 Accident du travail Date :

SOUHAIT

Hospitalisation complète
Hôpital de jour
(2 à 3 demies journées/ semaine selon avis
médical)
Date d'entrée :
Chambre particulière
Chambre double

DEVENIR ENVISAGÉ

Retour à domicile
 Placement envisagé :
.....

DOSSIER
MÉDICAL



Clinique du Château de Goussonville

15 rue des Coutures
78930 GOUSSONVILLE
Tél: 0 826 283 383
Fax: 01 34 97 03 70

SERVICE DES
PREADMISSIONS

Tél : 01 34 78 90 11
Fax : 01 30 42 66 74
admissions.goussonville@orpea.net

DOSSIER DE PRE-ADMISSION C.R.F. DU CHÂTEAU DE GOUSSONVILLE

A RAPPELER:

Nom et Prénom du patient:

Nom du médecin:

Cachet:

AFFECTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION EN S.S.R.

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

Date d'hospitalisation :

HISTORIQUE DE LA MALADIE OU OBSERVATION INITIALE ET ANTÉCÉDENTS

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

DATE ET NATURE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE:/...../.....

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

Par le Docteur :

Suites générales et locales :

Appui autorisé :

immédiatement

à J + jours soit le/...../.....

Traitement Médical en cours :

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

DOSSIER DE PRE-ADMISSION C.R.F. DU CHÂTEAU DE GOUSSONVILLE



Clinique du Château de Goussonville

A RAPPELER:

Nom et Prénom du patient:

État général :

Très bon Bon Médiocre

Poids: Taille:

Degré de dépendances :

Toilette / habillage

Sans aide Aide partielle Aide totale

Alimentation

Sans aide Aide partielle Aide totale Stomie

Station assise

Possible Difficile Impossible

Marche

Sans soutien Avec soutien Impossible

Incontinence urinaire

Aucune Partielle Sonde vés. Stomie

Incontinence anale

Aucune Partielle Totale Stomie

État cutané

Normal Escarre

Localisation:

Étendue:

État psychique :

Normal Désorienté Sd. Dépressif Anxiété

Compréhension

Bonne Moyenne Faible

Vision

Normale Altérée

Audition

Normale Altérée

Langage

Normal Aphasique

Serez-vous amené à reconvoquer le patient:

Date:/...../..... Examen:

Date:/...../..... Examen:

Date:/...../..... Examen:

Devenir social :

.....
.....

Risque de fugue :

Aucun Intermédiaire Fort