VIVALTO SANTÉ
Entre nous, la vie

clinique KER YONNEC

DOSSIER MEDICAL DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

A retourner à secmedical@keryonnec.com Date de la demande : / /

Encadrement réservé à la clinique Ker Yonnec
Validation/signature cadre des soins : **Validation/signature psychiatre :**

Orientation potentille en HDJ : OUI / NON

COORDONNEES DU PATIENT

Nom de naissance

Nom

Prénom de naissance

Date de naissance / / **Sexe** .....

Lieu de naissance

Domicile O Non fixe O Fixe, adresse : .....
N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....

Retour à domicile potentiel post hospitalisation : O Non O Oui O Oui, avec aides .....
Protection juridique O Oui O Non
Si oui : O Tutelle O Curatelle O Curatelle renforcée

COORDINATION DU PARCOURS DE SANTE

Adresseur :

Nom du médecin demandeur :

Adresse : .....Code postal et ville .....

Téléphone : E mail :

O Médecin libéral
O Médecin hospitalier : **Établissement hospitalier**

Engagement de reprise
(à remplir uniquement si le patient est adressé par un établissement hospitalier)

Je soussigné(e) Docteur
m'engage à reprendre ce patient dans mon service, dans des délais raisonnables si la clinique Ker Yonnec n'est plus en mesure de l'accueillir.

Tampon et signature

Non du médecin traitant (si différent du médecin adresseur)

Adresse : ..... Code postal et ville :.....

Téléphone : Email :

Date d'entrée souhaitée : / /

Orientation potentielle en hôpital de jour à l'issue de l'hospitalisation complète : O oui O non

Demande adressée au Docteur .....

VIVALTO SANTÉ
Entre nous, la vie

clinique KER YONNEC

DOSSIER MEDICAL DE PREADMISSION HOSPITALISATION COMPLETE

Motif(s) d 'hospitalisation O Trouble de l'humeur O Anxiété O Addiction(s) O Trouble(s) du comportement, précisions .....
.....
.....
.....

Histoire de la maladie (si connue) : .....
.....

Mode de vie : .....
.....

Antécédents connus (psy, familiaux, addictologie, médico-chirurgicaux , allergies) : .....
.....
.....

Traitement psychiatrique en cours : .....
.....
.....
.....

Traitement somatique en cours :........
.....
.....
.....

Éléments cliniques : :.....
.....
.....

Toxiques :
O Tabac O Alcool O Cannabis O Médicaments O Héroïne O Cocaïne O Substituts O opiacés O Autre :
Précisions : .....

Date dernière vaccination **Covid** : / /

Autonomie

Alimentation Hydratation	**Texture :** O Normale O Mixée **Régime :** O Diabétique Sans sel Hypocholestérolémiants O Sans fibres et sans résidus **Autonomie** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Hygiène et confort	**Hygiène** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale **Habillage** : O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Élimination	**Urines** : O Continent O Incontinent / **Selles** : O Continent O Incontinent
Comportement	O Normal O Agité O Désorienté O Incohérent
Locomotion	O Autonome O Aide partielle O Aide totale
Besoin en matériels	O Fauteuil roulant O Cannes anglaises O Déambulateur O Lève malade O Matelas anti-escarres O Oxygène O Néant
Risque infectieux	Antécédent d'acquisition d'une bactérie multirésistante O Non O Oui, Si oui, précisez :

Signature du médecin prescripteur : Cachet de l'établissement :