



CLINIQUE  
DES MINIMES

ENREGISTREMENT

# Demande d'admission HDJ SSR (Service DUMAY)

16/09/2021 – v03

Ref : ENR-PP-007

PAGE : 1/2

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Durée prévisionnelle de séjour :

Etablissement demandeur :

Service, chambre :

Médecin :

Tél, Fax, Mél :

Cadre de santé :

Tél, Fax, Mél :

## PATIENT

Nom d'usage : ..... N° de Sécurité Sociale : .....

Nom de naissance : ..... Organisme de mutuelle : .....

Prénom : ..... N° de Mutuelle : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Situation sociale :  Vit seul  Vit seul et entouré  En couple

Mesures de protection :  Oui  Non  En cours

Coordonnées : .....

## FICHE MEDICALE

### Motif d'hospitalisation et Objectifs attendus

1/ .....

2/ .....

3/ .....

4/ .....

**Troubles du comportement**  oui  non

**Troubles cognitifs**  oui  non MMSE : ..... / 30

### Traitement en cours

.....

.....

.....

.....

.....



CLINIQUE  
DES MINIMES

ENREGISTREMENT

# Demande d'admission HDJ SSR (Service DUMAY)

16/09/2021 – v03

Ref : ENR-PP-007

PAGE : 2/2

## Autonomie

ADL : ..... / 6

Toilette :  Oui  Non

Habillage :  Oui  Non

Alimentation :  Oui  Non

Marche :  Oui  Non Matériel : .....

## Soins à prévoir (Cocher au moins deux cases)

Suivi médical :  Oui  Non

Type de suivi : .....

Soins infirmiers :  Oui  Non

Type de soins : injections, pansements, etc .....

Kinésithérapie :  Oui  Non Nombre de séances par semaine : .....

Ergothérapie :  Oui  Non

Diététicienne :  Oui  Non

Orthophoniste :  Oui  Non

Psychologue :  Oui  Non

Neuropsychologue :  Oui  Non

## Commentaires

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

## Demande à adresser à :

### Clinique des Minimes

100, Bd. Pierre et Marie Curie

31200 TOULOUSE

Tél : 0826.30.02.03 – Mél : [accueil@clinique-minimes.fr](mailto:accueil@clinique-minimes.fr) - Fax : 05.82.08.41.03

<http://www.clinique-minimes.fr/>

## Encadré réservé au service

VALIDATION :  Oui  Non

Date d'admission : ..... / ..... / .....

Médecin référent : .....

Type de prise en charge :  PAPD

Polyvalent