



**La Clinique Les Drags**  
**Avenue du Golf**  
**62520 Le Touquet**  
**03.21.06.84.84**  
**Fax : 03.21.05.52.94**

## DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

*« Prodiguer des soins dans des conditions optimales de sécurité, de confort et de qualité de vie au patient accueilli dans notre établissement, pour lui permettre un retour au domicile dans les meilleurs délais »*

FAIRE 1  
 PHOTOCOPIE DE  
 VOTRE  
 TRAITEMENT  
 (médicaments)  
 ET LE JOINDRE AU  
 DOSSIER

Préciser votre régime  
 d'admission :

- Régime normal  
 ALD  AT

### A remplir par le patient

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N° de tél. : .....

Adresse mail (patient(e)) : .....

Adresse : .....

Situation Professionnelle : .....

Personne à prévenir : ..... Lien de Parenté : .....

Majeur protégé :  oui  non Nom Prénom Tuteur ou Mandataire : .....

N° tél. : .....

Adresse complète de votre caisse (régime obligatoire)

Et n° de sécurité sociale

.....  
 .....

Adresse complète de votre Mutuelle & n° de tél.

Et n° d'adhérent

.....  
 .....

Médecin traitant : ..... N° de tél. : .....

Choix de la chambre : **CHAMBRE PARTICULIERE**  **CHAMBRE A 2 LITS**

Déjà venu(e) dans l'établissement :  oui  non

Personne à prévenir en cas de nécessité Mr Mme : .....

Adresse : ..... Tél : ..... Fax : .....

Personne de confiance à prévenir en cas de nécessité Mr Mme :

Adresse : ..... Tél : ..... Fax : .....

Patient sous tutelle  oui  non

Sous curatelle  oui  non

Si oui : coordonnées du tuteur ou curateur : .....

.....

**TOUT DOSSIER INCOMPLET RETARDERA VOTRE ADMISSION**

## Questionnaire Médical

**(à faire remplir par le Médecin demandant l'admission)**

Nom du Médecin ..... Tél .....  
Adresse du Médecin .....

### PATHOLOGIE PRINCIPALE

.....  
.....

Date intervention .....

### PATHOLOGIES ASSOCIEES

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

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

### PANDEMIE :

Cycle vaccinal Covid-19 :  
Commentaire Covid-19

Test Covid-19 effectué :

ALLERGIES : .....

### ETAT CLINIQUE ACTUEL

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

Alimentation       Autonome                       Aide partielle                       Dépendant  
                                  Alimentation Entérale                       Alimentation Parentérale

Elimination               Autonome                       Aide partielle                       Dépendant  
                                  Sonde urinaire                       Stomie  
                                  Incontinence urinaire                       Incontinence fécale

Mobilisation               Autonome                       Aide partielle                       Dépendant  
                                  Fauteuil roulant

Soins Hygiène               Autonome                       Aide partielle                       Dépendant

Respiration               Autonome                       Oxygénothérapie                       VNI

Communication               Correcte                       Altérée

Vision                       Correcte                       Altérée

Audition                       Correcte                       Altérée



**Partie réservée à la Clinique**

**CAS DE REFUS D'ADMISSION**

*(Un ou plusieurs des critères suivants)*

- Le patient présente des troubles comportementaux majeurs
- Le patient présente un problème psychiatrique non stabilisé
- Le patient présente une Addictologie active
- La rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer
- Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles
- Le patient, tel que décrit, relève d'un autre type de prise en charge

**COMMENTAIRES**

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

Date ...../...../.....

Dr.....

Tél .....

Signature