

FICHE DE PREADMISSION Hôpital de jour filière fracture

PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
N° de téléphone : Tierce personne à contacter :
Médecin traitant :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HOPITAL DE JOUR

Date de la demande : Médecin demandeur :
Motif d'admission :

Intervenants systématiques :

Rhumatologue, kinésithérapeute, IDE, pharmacien, diététicien.

Merci de joindre le courrier d'admission + ordonnance des traitements habituels + biologie + ancienne densitométrie osseuse.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Mobilité du patient : Autonome Marche avec canne Fauteuil Lit
Alimentation : Texture normale Mixée Sans porc
Régime (préciser) :
Trouble de la déglutition : oui non
Risque de contamination (BMR, COVID ...) : oui *préciser* : non
Allergies : oui *préciser* : non
Remarques éventuelles :

RESERVE A LA COORDINATION

Date d'hospitalisation :
Dossier préadmission envoyé : oui le non
Remarques :