

Fiche d'autonomie

alimentation

- seul
- avec aide
- faire manger
- sonde gastrique
- nourriture parentérale

hygiène

- seul
- avec aide

habillement

- seul
- avec aide

communication

normale altérée

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vision |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | audition |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | expression |

déplacement

- seul
- avec aide humaine
- avec déambulateur
- avec cannes
- avec fauteuil roulant
- alité temporaire
- alité permanente

lit-fauteuil

- seul
- avec aide humaine
- avec aide permanente
- avec fauteuil roulant
- alité temporaire
- alité permanente

incontinence

urinaire fécale

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aucune |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | totale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonde |

psychisme

troubles

- mémoire
- orientation
- compréhension
- comportement

mineurs
ok majeurs Lesquels

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

hépatite

VIH

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | + | - |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

date

alcoolisme

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | oui | non |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

toxicomanie

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Depuis

sevré
traitement de
substitution

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

signature



Post-cure psychiatrique

928 avenue du Docteur Jacques Arnaud
F74480 PLATEAU D'ASSY - FRANCE
tél : 0 826 009 007
fax : 0 450 938 443
www.parassy.com

EN OPC 046 F

Fiche d'admission et de liaison

pour des renseignements
particuliers vous pouvez joindre
Mlle Véronique FERRARI au :
0 826 009 007

hôpital

médecin

.....
.....

assistant(e) social(e)

.....
.....

tél

tutelle

tél

..... tél

renseignements administratifs concernant le patient

nom - prénom

né(e) le

tél :

adresse

.....

POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE DE VOTRE PATIENT (E) NE SERONT PRIS EN COMPTE QUE LES DOCUMENTS ENTIEREMENT REMP LIS . Merci pour votre collaboration

Forfait journalier - 20 % - chambre particulière

Le forfait journalier, la chambre particulière, les 20 % sont impérativement payables à l'arrivée.
Dans le cas où ces éléments sont pris en charge par un tiers, le patient devra présenter à l'entrée
les prises en charge de ces tiers ou avancer le montant jusqu'à l'obtention des prises en charge.

Joindre photocopies : carte SS et mutuelle ou tout autre document de prise en charge. Merci.

organisme de prise en charge

n° sécurité sociale

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|------|
| taux de prise en charge | <input type="checkbox"/> | 100 % | <input type="checkbox"/> | 80 % |
| mutuelle | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| CMU | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Renseignements médicaux

antécédents médico-chirurgicaux

antécédents psychiatriques

histoire de la maladie

diagnostic

état psy actuel

état organique (précisez la stabilité ou pas des affections somatiques associées actuelles)

traitement actuel

objectif du séjour

- pièces jointes :
- photocopies attestation carte vitale
 - prise en charge SS
 - prise en charge mutuelle
 - attestation CMU