



FICHE D'ADMISSION
HOSPITALISATION DE JOUR

RS – DIR – IMP – 002

ETABLISSEMENTS
MANIOUKANI

Date d'application : Décembre 2019

Version n°2

Page 1/ 1

Cachet médecin

IDENTIFICATION PATIENT

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE : Prénom :

Date de naissance : / / / / / / / /

Adresse :

INFORMATIONS MEDICALES

ALD : non oui si oui :

Diagnostic motivant la demande :

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

Antécédents principaux et/ou pouvant inférer sur la prise en charge :

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

Objectifs du séjour : Réadaptation – Rééducation :

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

Traitement médical :

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

ATCD bactérie multi-résistante ➔ Site Germe

Mesure d'isolement oui non

Etat clinique actuel :

.....
.....

Dépendance :

	Cohérent (e)	Orienté (e)	Repas	Marche
Oui/Fait				
Non/Ne fait pas				
Aide				