
Centre le Vallespir

Hôpital de Proximité
230, Rue de la méditerranée
66160 LE BOULOU
FAX : 04 68 83 70 23

Accueil HDJ : 04 68 83 70 71

Infirmière Coordinatrice : 04 68 83 70 53

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous prescrit une hospitalisation de jour au sein de l'hôpital de proximité Centre Le Vallespir (HDJ). Cette hospitalisation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins concernant vos troubles de la marche.

Vous êtes le premier acteur de ce parcours, et nous vous remercions de votre confiance.

Afin de nous permettre d'organiser votre projet de soins et de présenter votre demande d'admission à la commission médicale, nous vous demandons :

1. **Le dossier suivant complété**
2. **Votre ordonnance de traitement en cours (copie)**
3. **Les comptes rendus de vos dernières consultations spécialisées (cardiologie, neurologie, rhumatologie, ophtalmologie, gériatrie – liste non exhaustive) ;**
4. **Tout bilan biologique datant de moins de 6 mois (modèle en dernière page) ;**
5. **Vos derniers examens d'imagerie médicale (radiographie, échographie, écho-Doppler, IRM, etc.).**
6. **Votre dernier électrocardiogramme, si vous en disposez.**

A réception de vos dossiers et lettre d'information **dûment complétés**, votre demande d'admission sera examinée par la commission médicale dont la décision vous sera communiquée.

Le service des admissions se tient à votre disposition pour vous fournir de plus amples renseignements.

Vous souhaitant bonne réception.

L'équipe du Centre Le Vallespir

ETABLISSEMENT OU MEDECIN LIBERAL DEMANDEUR

Nom :

Service :

Téléphone : Fax :

Médecin référent : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : Sexe : M ☐ F ☐

Nom marital :

Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Situation de famille :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse de Sécurité Sociale :

Organisme d'affiliation :

Numéro de contrat :

Personne de confiance

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Personne à prévenir

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Protection juridique

Nom : Prénom :

☐ Tuteur ☐ Curateur Téléphone :

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI VOUS ACCOMPAGNENT



Médecin traitant

Nom : Téléphone :

Ville :

Pharmacie de référence (pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement) :

Nom : Téléphone :

Ville :

Assistante sociale

Nom : Téléphone :

Ville :

Cardiologue

Nom : Téléphone :

Ville :

Gériatre

Nom : Téléphone :

Ville :

Psychiatre / Psychologue

Nom : Téléphone :

Ville :

Kinésithérapeute :

Nom : Téléphone :

Ville :

Autre (Rhumatologue, Pneumologue, etc.)

Nom : Téléphone :

Ville :

La prise en charge en HDJ implique que le patient soit en capacité **de se déplacer**, seul ou accompagné, avec ou sans aide technique. Il doit être **autonome** pour l'alimentation, ne pas présenter de troubles du comportement, et disposer d'un niveau de **compréhension compatible** avec l'**Education Thérapeutique du Patient**.

INFORMATIONS MÉDICALES

Motif principal de la demande :
.....
.....

Histoire de la maladie :

Mesures anthropométriques :

Poids : kg Taille : cm IMC : TA (habituelle) :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, psychologiques) :

-
-
-
-
-
-

■ **Antécédents de chute :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

- Date de la dernière chute :
- Lieu (domicile, extérieur, établissement...) :
- Circonstances (transfert, marche, malaise, obstacle, nuit...) :
- Conséquences (traumatisme, fracture, hospitalisation...) :
- Répétition des chutes dans les 6 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non

Etat Vaccinal :

Vaccination contre le tétanos à jour : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Date du dernier rappel (si connue) : ____ / ____ / ____

Autres vaccinations (facultatif) :

☐ Grippe ☐ COVID-19 ☐ Autre(s) : _____

Addictions :

- ☐ Tabac
☐ Alcool (préciser si sevré ou en cours) :
☐ Autres :

Allergies :

Médicamenteuses :
 Alimentaires :

Autonomie

- Etat général : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Altéré
- Toilette : ☐ Seul ☐ Avec aide ☐ Lit
- Marche : ☐ Seul ☐ Fauteuil ☐ Avec aide :
- Comportement : ☐ Orienté ☐ DTS¹ ☐ Fugue ☐ Agité
- Elimination : ☐ Continent ☐ Incontinent :

Alimentation :

- Seul : ☐ Oui ☐ Non
- Régime : ☐ Oui ☐ Non Type :
- Dénutrition connue : ☐ Oui ☐ Non
 Traitement :
- Nutrition entérale : ☐ Non ☐ Oui, préciser :
- Nutrition parentérale : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Soins :

- Pansement : ☐ Oui ☐ Non
 Localisation : Type :
- Perfusion : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui ☐ VVC ☐ Chambre implantable ☐ KT périphérique
- Besoins complémentaires (Kiné...) :
 Préciser

¹ Désorientation Temporo-Spatiale
 Centre Le Vallespir - Dossier de pré admission métabolique HDJ – v1 le 15/06/2026

Traitements en cours
(Merci d'apporter vos ordonnances actuelles)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Oxygène : ☐ Oui ☐ Non Débit : Durée/24h :

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné aux professionnels de santé. La finalité de ce traitement est d'assurer votre prise en charge médicale dans notre établissement.

Ce traitement se fonde sur l'article Article R1112-2 du code de la santé publique relatif à la constitution d'un dossier médical pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé. Les destinataires des données sont les professionnels de santé faisant partie de votre équipe de soin. La réponse à ce questionnaire est obligatoire.

La durée de conservation des données est fixée à 20 ans (vingt ans) à compter de la date du dernier séjour dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. (Article R1112-7 code santé publique).

Conformément à l'Art.13 du Règlement européen sur la Protection des personnes, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification ou d'effacement des informations qui vous concernent ou vous opposer au traitement des informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à Monsieur le Directeur du SSR Le Vallespir 230, avenue de la méditerranée 66160 LE BOULOU, également saisir le délégué à la Protection des données (DPO) gilles.sintes@ugecam-oc.cnamts.fr. Enfin, vous disposez également du droit à introduire une réclamation auprès de la CNIL : Formulaire et modalités disponibles sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

ENVIRONNEMENT DOMICILE (à remplir par le patient et/ou la famille)

- Conditions de vie : ☐ Seul, à domicile ☐ En famille
☐ En institution :
- Types de chaussures :
 - Extérieur :
 - Intérieur :
- Aides en place :
 - ☐ Aucune aide ☐ IDEL ☐ Téléassistance :
 - ☐ Aide à domicile (nombre d'heures/semaine :.....) ☐ Portage de repas
 - ☐ Kinésithérapeute ☐ Autre :
- Téléassistance : ☐ Aucune téléassistance ☐ Bouton alarme
☐ Détecteur de chute
- Lieu d'habitation : ☐ Maison plain-pied ☐ Maison à étage (nombre d'étages :)
☐ Appartement (étage :)
☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Hébergé(e) chez un proche

Accès extérieur (allée, marches, ascenseur) :

Circulation intérieure (main-courante, escaliers...) :

Pour chaque pièce du logement, préciser sa localisation (rez-de-chaussée, étage, demi-niveau...) ainsi que ses particularités (marches, largeur des portes, baignoire/douche, barres d'appui, éclairage, encombrement, tapis, etc.).

- Salon :
- Salle à manger :
- Cuisine :
- Chambre :
- WC :
- Salle d'eau :
- Buanderie/lave-linge :
- Jardin :
- Terrasse :
- Piscine :

HABITUDES DE VIE (à remplir par le patient et/ou la famille)

Déplacements (conduite automobile, transports en commun, ...) :

Activités domestiques réalisés (ménage, courses, cuisine, entretien espaces extérieurs) :
.....

Activités de loisirs pratiquées :

DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE (à remplir)

selon l'art, 1111-6 du code santé publique

Vous êtes admis en hospitalisation au centre de soins de suite «LE VALLESPIR» La loi du 4 mars 2002 vous donne la possibilité lors de chaque hospitalisation de nommer une personne de confiance, celle-ci peut être un membre de ma famille, un ami ou le médecin traitant. A votre demande, elle vous accompagnera dans vos démarches au centre, pourra assister aux entretiens médicaux, et vous aider dans vos décisions médicales.

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et ce en dehors des situations d'urgence, elle pourra être consultée par l'équipe médicale, exprimera vos souhaits et recevra les informations médicales.

Vous devez obtenir son accord et l'informer que ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et informatique.

Vous restez libre dans votre décision et pouvez à tout moment la révoquer.

Je, soussigné(e):(nom, prénom, date de naissance)

Hospitalisé(e) au centre Le Vallespir au Boulou, déclare être majeur et avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

☐ L'état du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ Je désire désigner comme personne de confiance

Précisez: Famille, ami, médecin traitant, je l'ai informé de sa désignation comme personne de confiance:

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M ☐ F ☐

Adresse :

Téléphone :

Fait le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en utilisant la zone ci-après :

Révocation de la personne de confiance

Fait-le : Signature du patient :

Cachet du médecin :

Identité du patient :

Lieu :

Date :

FAIRE REALISER LE BILAN BIOLOGIQUE SUIVANT

Résultats à communiquer au médecin traitant et au patient

- ☐ NFS-Plaquettes
- ☐ Ionogramme sanguin
- ☐ Créatininémie et clairance
- ☐ ASAT, ALAT, GGT, PAL + Fib4 si disponible
- ☐ CST + Ferritine
- ☐ CRP
- ☐ Albuminémie
- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ HbA1
- ☐ TSH
- ☐ 25 OH-Vitamine D (personnes âgées sujettes aux chutes répétées)
- ☐ Calcémie
- ☐ Vitamine B9
- ☐ Vitamine B12
- ☐ Autre :