



Hôpital de jour : 02 22 51 36 22

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

Partie à remplir par le patient

■ RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

☎ : Portable :

Personne à contacter en cas d'urgence :

☎ :

Personne de confiance :

☎ :

Situation de famille :

Célibataire Concubinage Veuf(ve)

Marié(e) Divorcé(e)

Pacsé(e) Séparé(e)

Avez-vous des enfants ? OUI NON

Si OUI : combien à charge ? âge des enfants :

Sécurité Sociale

N° de Sécurité Sociale :

Coordonnées de la Caisse d'Assurance Maladie :

.....

 :

Droits ouverts jusqu'au :

100 % ALD

80 % ALD

Mutuelle

N° adhérent mutuelle ou CMU :

Coordonnées de la mutuelle ou de la CMU :

.....

 :

Mesure de protection : OUI NON

Curatelle : OUI NON

Tutelle : OUI NON

Si OUI, coordonnées de la personne mandatée :

.....

 :

■ RENSEIGNEMENTS SOCIO-PROFESSIONNELS

Situation professionnelle :

En activité Profession :

En arrêt de travail Depuis quand ?

En invalidité Depuis quand ?

En retraite Depuis quand ?

Sans emploi Depuis quand ?

Date de fin d'emploi :

Motif :

Situation financière :

Connaissez-vous des difficultés financières ? OUI NON

si oui lesquels :

Etes-vous accompagné par un service social ? OUI NON

Coordonnées :

Avez-vous un dossier de surendettement ? OUI NON

Conditions de logement :

Avez-vous un logement ? OUI NON

Locataire Propriétaire Hébergé à titre gratuit

Si OUI :

Logement individuel

Foyer

Occupations, centres d'intérêt :

Êtes-vous inscrit dans des associations ? OUI NON

Si oui, quelles sont-elles ? :

Qu'aimez-vous faire quand vous avez du temps libre ?

1) Quelles sont vos motivations à intégrer l'hôpital de Jour ?

2) Quelles sont vos attentes ?

3) Quels sont vos projets à la sortie de l'hôpital de Jour ? (personnels, professionnels, relationnels, familiaux, amicaux, logement, activités...)