



Hôpital Cœur du Bourbonnais

tél. 07 70 47 63 83 - fax 04 70 47 63 93

Service de post cure
F. Mercier 1er étage

DOSSIER MEDICAL

PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance

--	--	--

PROVENANCE

Transfert

Centre hospitalier de

Service :

Médecin :

Téléphone :

--	--	--	--	--

Fax

--	--	--	--	--

MOTIF d'HOSPITALISATION DANS VOTRE SERVICE :

DEVENIR :

AUTONOMIE :

	Autonome	Aide	Dépendant(e)
Mobilisation			
Alimentation			
Hygiène			
Elimination			
Vision			
Respiration			

Merci de cocher ou d'entourer la réponse correspondante

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Epilepsie

HTA

Familiaux

DID

DNID

Ascite

Hémorragie
Digestive

Cirrhose

Pancréatite

Autres

1 sur 2

3.1.1/5c.3

Régime alimentaire :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

EVALUATION PSYCHIQUE DU PATIENT : (cochez ou entourez la case correspondante)

Antécédents de tentative de suicide OUI NON Si OUI date

Risques suicidaires OUI NON

Troubles de la mémoire OUI NON Troubles cognitifs OUI NON

Troubles du comportement OUI NON Si OUI

Agitation Fugue Auto-agressivité Déambulation Autre

TROUBLES MENTAUX :

AUTRES ADDICTIONS ACTIVES OUI NON

Si OUI, lesquelles :

ANTECEDENTS d'ADDICTION OU DE SUBSTITUTION :

ANTECEDENTS DE CURE : François Mercier OUI NON

Autres établissements

TRAITEMENT : joindre copie dernière ordonnance

Fait le à

par le docteur :
(*cachet et signature*)