



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Partie à renseigner par le service des admissions et IDE/AS

INFORMATIONS DELIVREES PAR : Nom Admissionniste :

Concernant : Nom IDE/AS :

- ✓ Le port du bracelet d'identification Oui ☐ Non ☐
- ✓ Le questionnaire de sortie et E-Satis Oui ☐ Non ☐
- ✓ Le rôle des RU, le fonctionnement de la CDU et de la permanence des RU Oui ☐ Non ☐
- ✓ Les plaintes et réclamations Oui ☐ Non ☐
- ✓ La désignation de la personne de confiance Oui ☐ Non ☐
- ✓ La possibilité de rédiger ses directives anticipées Oui ☐ Non ☐
- ✓ Présence des associations des bénévoles Oui ☐ Non ☐
- ✓ « Mon Espace santé » et le DMP/Accès à son dossier Oui ☐ Non ☐
- Patient opposé à l'alimentation de son DMP* ☐ (si case cochée, cocher la case dans DPI par le soignant)
- ✓ Messages de santé publique (Tabac, Alcool, alimentation, activités physiques) Oui ☐ Non ☐

Informations données :

- ☐ Au patient
- ☐ A la famille ou personne de confiance
- ☐ Patient dans l'incapacité de recevoir ces informations (troubles cognitifs ...)

Partie à renseigner par le patient

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

Prénoms : Prénom usuel :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :

Sexe* : M ☐ F ☐ Nationalité :

Langues parlées : Créole ☐ Français ☐ Anglais ☐ Espagnol ☐ Autres ☐

Adresse :

N° Téléphone du patient : Téléphone fixe : Autres n° :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf (ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐

Nombre d'enfants : __ Nombre de personnes à charge : __ Âge de __ à __ ans.

Profession et/ou activité : Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez :

Retraité : Oui ☐ Non ☐ Êtes-vous porteur d'un handicap ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel :

Médecin traitant : Oui ☐ Non ☐ Si oui précisez son nom et adresse :

Autre médecin désigné par le patient** : Oui ☐ Non ☐ Si oui précisez ses nom et adresse :

Prise en charge : Sécurité Sociale Oui ☐ Non ☐ N° Sécurité Sociale :

C.M.U. Oui ☐ Non ☐ Mutuelle Oui ☐ Non ☐ Nom mutuelle : 100 % Oui ☐ Non ☐

Protection juridique :

Tutelle Oui ☐ Non ☐ Si oui Nom du Tuteur : Tél :

Curatelle Oui ☐ Non ☐ Si oui Nom du Curateur : Tél :

Personne(à) à prévenir :

	NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
1					
2					

Livret d'accueil reçu : Oui ☐ Non ☐

Pose du bracelet d'identification : ☐ Non remis ☐ Accepté ☐ Refusé

Date et signature du patient :

Signature de l'accompagnateur :

Rouge ☐ Bleu ☐

*M = Masculin F = Féminin

** Il s'agit du médecin spécialiste à qui sera adressé votre compte-rendu d'hospitalisation.