

## Questionnaire médico-social – MSAP 2012

### Service Médical - Echelon local du Val d'Oise

Ce document est à remplir conjointement par le chirurgien et l'anesthésiste lorsqu'un acte ciblé implique une hospitalisation avec au moins une nuit.

Le praticien sollicite l'avis du Service Médical par téléphone pour obtenir une réponse immédiate ou différée de 24 heures maximum.

**Téléphone Assurance Maladie : XXXX**

**Date de la demande :**

#### Etablissement

Identification de l'établissement :

Nom du chirurgien :

Téléphone :

Adresse Email de l'établissement :

Nom de l'anesthésiste :

Téléphone :

#### Assuré NIR :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

#### Bénéficiaire des soins :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

Sexe :

Date de naissance :

Qualité (conjoint, ayant droit...) :

Adresse complète :

A.L.D. :  Oui  Non

ALD connue par l'établissement :  Oui  Non

**Acte chirurgical prévu :** permettant de retourner au libellé ou code CCAM du geste

#### Date de l'intervention :

#### Critères médicaux : (Niveau ASA 1 à 5)

5

4

3

2

1

#### Critères sociaux pour le patient (pour la famille ou l'accompagnant pour un enfant):

##### • Accès à un téléphone en post-opératoire :

Non

Oui

Inconnu

##### • Le patient aura-t-il un accompagnant à la sortie et au domicile en post-opératoire :

Non

Oui

Inconnu

##### • La continuité des soins peut être assurée après la sortie au domicile post-opératoire :

Non indiquer les raisons :

Oui par la structure  Oui par convention  
en proximité

##### • La compréhension du patient (de la famille ou de l'accompagnant pour un enfant) lors de la consultation a été : (la compréhension concerne l'acte, ses complications et les consignes post opératoires)

Mauvaise

Bonne

##### • Autres remarques (médicales, sociales...) :

##### Réponse du service Médical : Date :

Accord hospitalisation > 24 h

Refus pour raisons médico-sociales

Refus hospitalisation pour raisons  
administratives