

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de bien vouloir nous adresser l'intégralité du présent dossier ainsi qu'une copie de votre :

- Carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour
- Carte de mutuelle complémentaire
- Attestation de sécurité sociale
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)

Contacteur : Mme ANDRZEJEWSKI

Tél : 01 87 53 59 80 / **Fax** : 01 87 53 59 89

Par email : hdj@paris13.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Paris 13 , 16 - 22 rue du Chevaleret 75013 PARIS

Lors de votre arrivée, vous devrez impérativement être muni des documents listés ci-dessus

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le patient

NOM **Né(e)** **Prénom**
Date de naissance ___ / ___ / ___ **Lieu de naissance**
Adresse postale
Code postal **Ville**
Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable** ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Email @.....

Numéro de sécurité sociale / / / / / / / / / /

Mutuelle

Nom **Numéro de contrat**
Adresse postale
Code postal **Ville**

Protection juridique Non Oui - Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Demande en cours

Nom et coordonnées du représentant légal
.....

Date d'admission envisagée ____ / ____ / ____

En Hospitalisation de jour :

Gériatrie

Diabétologie et Nutrition

DEMANDEUR

Etablissement de santé

Médecin traitant / spécialiste

Etablissement médico-social

NOM..... Téléphone ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____ Email @.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Admission en rapport avec :

Une Affection Longue Durée (ALD)

Un transfert depuis un établissement de santé (*joindre un bulletin de situation*)

Un accident de travail en date du ____ / ____ / ____ (*joindre une copie de la déclaration d'AT*)

Un acte CCAM > 120 € en date du ____ / ____ / ____

En hospitalisation de jour, le patient intègre : **Merci de bien vouloir cocher le type d'hospitalisation demandé**

HDJ Gériatrie (141.20€/ jour)

HDJ Diabétologie et Nutrition (155.46€ / jour)

Il est impératif que le patient soit muni d'une lettre d'adressage d'un médecin, d'un Compte Rendu d'Hospitalisation (compte rendu médical le plus récent) , d'un Compte Rendu Opérateur ainsi que de son bulletin d'hospitalisation à son arrivée à la Clinique.

UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS EN CONSIDERATION

(Admission sous réserve de places disponibles)

Motifs de la demande et historique de la maladie

.....
.....

Antécédents

Diabète

Allergies :

H.T.A

Cardio-vasculaire :

Phlébites

Conduite addictive :

COVID-19

Autres :

Statut vaccinal contre le COVID-19 : Complet Débuté Non débuté

Date de la dernière injection :

Test PCR effectué : Oui Non Date : Résultat :

Score ASA :

Statut infectieux :

Patient hospitalisé au cours de l'année précédente à l'étranger : Oui Non

Patient porteur de BMR : Oui Non

Commentaires :

Traitements en cours :
.....
.....

Régime en cours :

Autonomie

	Autonome	Installation	Aide Partielle	Aide totale	Précisions
Toilette					
Habillage					
Alimentation					<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale
Déplacements					<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Aide technique <input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit
Continence					<input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Poche de colostomie

	Adaptée	Troubles mineurs	Complexe	Précisions
Compréhension				
Communication				<input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> Aphasie
Comportement				<input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Déambulant <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Dépressif

Personne de confiance

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. Elle peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant (personne majeure obligatoire).

Elle pourra vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux et vous épauler dans la prise de décisions. Dans la mesure où votre état de santé ne vous le permettait pas, **votre personne de confiance sera consultée afin de témoigner de votre volonté.**

Sa désignation est **libre et peut être révoquée à tout moment.**

NOM Prénom Lien

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Signature

Le patient

**Cachet de l'établissement adresseur ou
du médecin adresseur**

Pour le compte du patient

NOM, Prénom, lien