CLINALLIANCE SSR	DEMANDE D'ADMISSION	CLINALLIANCE Etampes 26, avenue Charles de Gaulle 91150 ETAMPES Tel : 01.81.22.08.40

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)
- Si disponible : Compte rendu d'hospitalisation, opératoire, d'imagerie, biologie
- **Ordonnance précisant le type d'hospitalisation (HC ou HDJ)**

UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN CONSIDERATION.
Lors de votre arrivée, vous devrez impérativement être muni des documents listés ci-dessus.

Par fax : 01.81.22.08.49
Par email : admission@etampes.clinalliance.fr
Par courrier : CLINALLIANCE Etampes – 23 avenue Charles de Gaulle – 91150 ETAMPES

MEDECIN PRESCRIPTEUR *(à remplir par le médecin prescripteur)*

NOM.....

Téléphone _____/_____/_____/_____/_____

FAX _____/_____/_____/_____/_____

Email ..... @.....

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Date d'admission envisagée	En hospitalisation de jour (HDJ)
/ /	☐ Locomoteur ☐ Système nerveux ☐ Gériatrie

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 cordonnées du représentant légal ……
……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX *(à remplir par le médecin prescripteur)*

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 _____ /_____/ _____

Motifs de la demande et historique de la maladie

……

……

……

Antécédents

◻ Diabète
◻ H.T.A
◻ Phlébites
◻ COVID-19
◻ BMR
◻ Hospitalisation à l'étranger au cours de l'année précédente
◻ Allergies : ……
◻ Cardio-vasculaire : ……
◻ Conduite addictive : ……
◻ Autres : ……

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

Autonomie

	Autonome	Installation	Aide Partielle	Aide totale	Précisions
Toilette					
Habillage					
Alimentation					◻ Alimentation parentérale
Déplacements					◻ Risque de chute ◻ Aide technique …… ◻ Appui autorisé ◻ Appui interdit
Continence					◻ Urinaire ◻ Fécale ◻ Sonde ◻ Poche de colostomie

	Adaptée	Troubles mineurs	Complexe	Précisions
Compréhension				
Communication				◻ Difficultés d'élocution ◻ Aphasie
Comportement				◻ Désorienté ◻ Déambulant ◻ Agité ◻ Agressif ◻ Risque de fugue ◻ Dépressif

Personne à prévenir

NOM …… **Prénom** …… **Lien** ……

Adresse postale ……

Code postal …… **Ville** ……

Téléphone____/____/____/____/____ **Portable** ____/____/____/____/____