

**CLINALLIANCE**
SSR**DEMANDE D'ADMISSION****Clinique de Pierrefitte-sur-Seine**32, avenue Victor Hugo
93380 Pierrefitte-sur-Seine
Tel : 01.49.98.99.00

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
- Ordonnance précisant le type d'hospitalisation (HC ou HDJ)
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)
- Si disponible : Compte rendu d'hospitalisation, opératoire, d'imagerie, biologie

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 : 01.49.98.99.10

Par email : admission@cliniquepierrefitte.fr

Par courrier : Clinique de Pierrefitte-sur-Seine – 32 avenue Victor Hugo – 93380 Pierrefitte-sur-Seine

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM.....

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Date d'admission envisagée	En hospitalisation complète (HC)	En hospitalisation de jour (HDJ)
____ / ____ / ____	☐ Système nerveux ☐ Gériatrie ☐ EVC-EPR	☐ Système nerveux ☐ Gériatrie

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSLe 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
.....

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

Projet de sortie envisagé

☐ Retour à domicile

☐ Logement accessible

☐ Présence d'un accompagnant / aidant

☐ EHPAD

☐ Autre

Préciser les démarches déjà engagées :

Personne à prévenir

NOM Prénom Lien

Adresse postale

Code postal Ville

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

PRESTATIONS D'HEBERGEMENT – Hospitalisation complète

Durant votre séjour, vous avez la possibilité de demander certains services hôteliers. Ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale et reste donc **à votre charge ou celle de votre organisme complémentaire**.

- Le forfait journalier – 20 € / jour
- Les frais d'hébergements en chambre particulière (tarif journalier)
- Les frais multimédias – téléphone fixe, télévision (tarif journalier)

Nous vous invitons à prendre contact dans les meilleurs délais avec votre mutuelle afin de connaître vos droits.

Votre prise en charge hôtelière

☐ Chambre double

☐ Chambre particulière Type 1 – 65 € / jour

☐ Chambre particulière Type 2 – 80 € / jour

☐ Chambre particulière Type 3 - 100 € / jour

☐ Chambre particulière Type 4 - 140 € / jour

Les prestations multimédias

☐ Télévision – 1 € / jour

☐ Forfait téléphonique – 9,90 €

Je certifie l'exactitude des informations transmises dans ce formulaire et confirme mon accord sur les souhaits de prestations hôtelières indiquées.

Signature

Le patient

Pour le compte du patient
NOM, Prénom, lien