CLINALLIANCE SSR	DEMANDE D'ADMISSION	CLINALLIANCE Villiers-sur-Orge 43, rue de Verdun 91700 Villiers-sur-Orge Tel : 01.69.46.73.40

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
- **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 : 01.69.46.70.60
Par email : admission@villiers.clinalliance.fr
Par courrier : CLINALLIANCE Villiers-sur-Orge – 43, rue de Verdun – 91700 Villiers-sur-Orge

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)
/ /	☐ Locomoteur ☐ Système nerveux ☐ Gériatrie ☐ Cardiologie ☐ EVC - EPR	☐ Locomoteur ☐ Système nerveux ☐ Gériatrie ☐ Cardiologie ☐ DME

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

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 connaitre vos droits.

Votre prise en charge hôtelière

□ Chambre double
□ Chambre particulière Type 1 – 95 € / jour
□ Chambre particulière Type 2 – 120 € / jour
□ Chambre particulière Type 3 - 150 € / jour
□ Chambre particulière Type 4 - 250 € / jour

Les prestations multimédias

□ Télévision – 4 € / jour

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