



CLINALLIANCE

SMR

DEMANDE D'ADMISSION

CLINALLIANCE Dourdan

2 rue du Potelet

91410 Dourdan

Tel : 01.88.76.00.20

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 email : admission@dourdan.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Dourdan – 2 rue du Potelet – 91410 Dourdan

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM.....

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Date d'admission envisagée	En hospitalisation de jour (HDJ)
/ /	<input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Polyvalent

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

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					<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 à prévenir

NOM Prénom Lien

Adresse postale

Code postal Ville

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