

**CLINALLIANCE**
SMR**DEMANDE D'ADMISSION**CLINALLIANCE
Buttes-Chaumont
39-43 rue Fessart
75019 PARIS
Tel : 01.58.87.27.27

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 : 01.58.82.27.99

Par email : admission@butteschaumont.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Buttes-Chaumont – 39 – 43 rue Fessart – 75019 PARIS

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)
/ /	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Polyvalent	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> DME

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hospitalisation à l'étranger au cours de l'année précédente |
| <input type="checkbox"/> H.T.A | <input type="checkbox"/> Allergies : |
| <input type="checkbox"/> Phlébites | <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire : |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Conduite addictive : |
| <input type="checkbox"/> BMR | <input type="checkbox"/> 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

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 Essentielle 102 € / jour

☐ Chambre particulière Essentielle+ 114 € / jour

☐ Chambre particulière Confort 132 € / jour

☐ Chambre particulière Confort+ 144 € / jour

☐ Chambre particulière Prestige 175 € / jour

☐ Chambre particulière Prestige+ 205 € / jour

☐ Chambre particulière Premium 255 € / jour

Les prestations multimédias

☐ Télévision – 4,00 € / 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