

**CLINALLIANCE**

SMR

**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 : 01.60.15.54.12

Par email : [admission@villiers.clinalliance.fr](mailto: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)
/ /	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> EVC - EPR	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> DEDN

**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

## 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 - 105 € / jour
- ☐ Chambre particulière Confort - 130 € / jour
- ☐ Chambre particulière Prestige – 160 € / jour
- ☐ Chambre particulière Prestige Accompagnant - 270 € / jour

### Les prestations multimédias

- ☐ Télévision – 4 € / 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