



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

Par courrier : CLINALLIANCE Villiers-sur-Orge – 43, rue de Verdun – 91700 Villiers-sur-Orge

MEDECIN PRESCRIPEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

| 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 | | | | | |
| Habillement | | | | | |
| 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"/> Aphasic |
| 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 télphonique – 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