

DEMANDE D'ADMISSION

Contacteur : Mme Yamina MOKHTARI,
 Email : admission@fontenay.clinalliance.fr / Fax : 01.40.91.95.52/ Tél : 01.40.91.35.00

Cachet de l'établissement Adresseur :

**JOINDRE : ATTESTATION VITALE
 + COMPTE-RENDU OPERATOIRE
 + ORDONNANCES MEDICALES EN COURS**

**UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS EN
 CONSIDERATION**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS PATIENT

➤ **Etat civil**

Nom.....Née.....Prénom.....
 Date de naissance.....Lieu de naissance.....
 Adresse.....
 Téléphone.....

➤ **Lien avec l'assuré**

- conjoint autre membre de la famille
 enfant personne vivant maritalement avec l'assuré

➤ **Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom.....Prénom.....Téléphone.....
 Lien de parenté avec le patient.....

➤ **Mutuelle**

Nom.....Adresse.....
 N°d'immatriculation.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION

➤ **Admission envisagée à partir du**/...../.....

Demandée par :

Service.....
 Médecin.....
 Surveillante.....
 Assistante sociale.....

➤ **Admission en rapport avec**

- un acte supérieur à K 50 en date du/...../.....
 une ALD
 un accident en date du/...../.....
 un accident de travail en date du/...../..... (joindre les papiers d'accident du travail)
 un transfert depuis un établissement hospitalier (joindre un bulletin de situation)£
 Date d'entrée :/...../..... Sortie prévue le :/...../.....

➤ **Le patient souhaite :**

ATTENTION : prendre connaissance des tarifs des chambres particulières sur www.clinalliance.fr

- une chambre particulière : Type 1 (Confort) Type 2 (Grand confort)
 une chambre à 2 lits

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➤ **Motif de la demande :**

.....
.....

➤ **Antécédents personnels :**

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Allergies - précisez : |
| <input type="checkbox"/> H.T.A | <input type="checkbox"/> Cardio-Vasculaire – Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Phlébites | <input type="checkbox"/> Autres : |

➤ **Bilan médical :**

Type et date d'intervention :

.....

Suites opératoires :

.....

Traitements en cours :

.....

Régime en cours :

.....

➤ **Degré de dépendance :**

- | | | |
|---|--|--|
| <u>Participation</u>
<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Altéré
<input type="checkbox"/> Difficile | <u>Comportement</u>
<input type="checkbox"/> Adapté
<input type="checkbox"/> Désorienté
<input type="checkbox"/> Violent
<input type="checkbox"/> Dépressif | <u>Compréhension</u>
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Altéré
<input type="checkbox"/> Difficile |
| <u>Parole</u>
<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Aphasie | <u>Audition</u>
<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Appareillage
<input type="checkbox"/> Surdité | <u>Vision</u>
<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Appareillage
<input type="checkbox"/> Cécité |
| <u>Alimentation</u>
<input type="checkbox"/> Autonome
<input type="checkbox"/> Aide partielle
<input type="checkbox"/> Aide totale
<input type="checkbox"/> Régime : | <u>Habillage</u>
<input type="checkbox"/> Autonome
<input type="checkbox"/> Aide partielle
<input type="checkbox"/> Aide totale | <u>Toilette</u>
<input type="checkbox"/> Autonome
<input type="checkbox"/> Aide partielle
<input type="checkbox"/> Aide totale |
| <u>Incontinence urinaire</u>
<input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Partielle
<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Sonde
<input type="checkbox"/> Poche d'urétérostomie | <u>Incontinence anale</u>
<input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Partielle
<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Poche de colostomie
type : | <u>Respiration</u>
<input type="checkbox"/> Normale
<input type="checkbox"/> Oxygène
<input type="checkbox"/> Aérosols |
| <u>Marche</u>
<input type="checkbox"/> Sans aide
<input type="checkbox"/> Cannes/déambulateur
<input type="checkbox"/> Avec tierce personne
<input type="checkbox"/> Appui autorisé
<input type="checkbox"/> Sans appui pendant :/...../..... | <u>Contention</u>
<input type="checkbox"/> Plâtre
<input type="checkbox"/> Fixateur externe
<input type="checkbox"/> Bas à varices/bandes | <u>Etat cutané</u>
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Risque escarre
<input type="checkbox"/> Pansement |

DEVENIR :

- Retour à domicile Maison de retraite : **PRECISER LES DEMARCHES DEJA ENGAGEES :**

.....

.....

Autre :