

DEMANDE D'ADMISSION

Contacteur : Madame GONCALVES Nicole

Tel. : 01.69.46.73.40

Fax. : 01.69.46.70.60

Cachet de l'établissement adresseur

JOINDRE :

- **ATTESTATION VITALE**
 - **COMPTE-RENDU OPERATOIRE**
 - **ORDONNANCES MEDICALES EN COURS**
- (Une demande incomplète ne pourra être traitée)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Etat civil

Nom..... Nom de naissance Prénom.....

Date de naissance / __ / __ / ____ / Lieu de naissance.....

Adresse postale

Téléphone __ . __ . __ . __ . __ . __ Adresse mail :@.....

Présence d'un aidant

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom..... Prénom..... Lien avec le patient.....

Téléphone 1 (Portable - Maison - Bureau) __ . __ . __ . __ . __ . __

Téléphone 2 (Portable - Maison - Bureau) __ . __ . __ . __ . __ . __

Sécurité Sociale / Mutuelle

Numéro de sécurité sociale

Nom mutuelle..... Adresse.....

N°d'immatriculation.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION

Admission envisagée à partir du / __ / __ / ____ /

Admission demandée par (service et fonction du demandeur)

.....

Admission en rapport avec

Un acte CCAM> à 120 euros en date du / __ / __ / ____ /

Une ALD (*Affection Longue Durée*).....

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*)

Entrée dans l'établissement le / __ / __ / ____ / sortie prévue le / __ / __ / ____ /

Le patient désire (*Cochez obligatoirement la case ci-dessous pour valider la demande*)

Une chambre double

Une chambre particulière Type 1 (90€)

Une chambre particulière Type 2 (110€)

Une chambre particulière Type 3 (135€)

A son arrivée à la clinique, le patient doit impérativement être muni des éléments suivants :

- Compte-Rendu d'Hospitalisation
- Carte d'identité (ou passeport)
- Compte-Rendu Opératoire
- Carte Vitale et carte mutuelle
- Bulletin d'hospitalisation de l'établissement d'origine
- Chèque de caution (à remplir surplace)

Motif de la demande

(préciser les éventuels besoins spécifiques de rééducation motivant la rééducation en centre)

.....

.....

.....

Antécédents personnels

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

Bilan médical

- Type et date d'intervention (En cas de PTH, merci de préciser s'il s'agit d'une 1^{ère} intention et le score ASA) :

.....

- Suites opératoires et complications éventuelles :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur EVA > 3 | <input type="checkbox"/> Amplitude articulaire limitée (< 70) | <input type="checkbox"/> Synd.de glissement |
| <input type="checkbox"/> Syndrome fébrile | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Phlébite | <input type="checkbox"/> Pb. de cicatrisation | |
-

- Traitements en cours :

.....

.....

Degré de dépendance

- Participation**
- Normale
- Altéré
- Difficile

- Comportement**
- Adapté
- Désorienté
- Violent
- Dépressif

- Compréhension**
- Normal
- Altéré
- Difficile

- Parole**
- Normale
- Aphasie

- Audition**
- Normale
- Appareillage
- Surdité

- Vision**
- Normale
- Appareillage
- Cécité

- Alimentation**
- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale
- Régime :

- Habillage**
- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

- Toilette**
- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

- Incontinence Urinaire**
- Jamais
- Partielle
- Totale
- Sonde
- Poche d'urétérostomie

- Incontinence anale**
- Jamais
- Partielle
- Totale
- Poche de colostomie
- type :

- Respiration**
- Normale
- Oxygène
- Aérosols

- Marche**
- Sans aide
- Avec cannes/déambulateur
- Avec tierce personne
- Appui autorisé
- Sans appui pendant
- Inaptitude escaliers

- Contention**
- Plâtre
- Fixateur externe
- Bas à varices/bandes

- Etat cutané**
- Normal
- Risque d'escarre
- Pansement

Devenir :

- Retour à domicile
- Accessibilité au logement au regard de sa pathologie Oui Non
- Présence d'un accompagnant valide à domicile Oui Non

Maison de retraite (*Préciser les démarches déjà engagées*)

.....

.....

Autre :

.....

.....