

DEMANDE D'ADMISSION

Contacter : Mme Sabrina DJERAI,

Email : admission@pierrefitte.clinalliance.fr / Fax : 01.49.98.99.01 / Tél : 01.49.98.99.00

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** En hospitalisation complète En hospitalisation de jour**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 :