



ADMISSION SOUHAITEE LE : ___/___/___

DEMANDE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

À remplir par le patient ou par la famille

1 / RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS RELATIFS AU PATIENT

NOM : NOM DE JEUNE FILLE : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : FEMININ MASCULIN

ADRESSE COMPLETE :

N° DE TEL DU PATIENT : EMAIL@:

Le (la) patient(e) est-il (elle) sous protection juridique ? OUI NON Si OUI, Coordonnées du responsable légal :

Situation Familiale : Célibataire : Marié (e) : Veuf (ve) : Divorcé (e) : Nombre d'enfants :

IMPERATIF : NOM ET COORDONNEES DES PROCHES

	LIEN DE PARENTE	NOM ET PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE	ADRESSE COMPLETE
PERSONNE DE CONFIANCE				
PERSONNE A PREVENIR				
CONTACT FACTURATION si autre que le patient				

2 / RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ASSURE(E)

NOM : PRENOM :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse Sociale : Mutuelle : A.L.D 30 : OUI NON C.M.U : OUI NON

PROVENANCE DU PATIENT

C.H.U Dijon : Service:

Clinique /Hôpital : Coordonnées :

Domicile : Nom et coordonnées du médecin traitant :

3 / RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU SEJOUR

- Souhaite :
 - chambre double
 - chambre particulière à la charge du patient et/ou mutuelle selon les tarifs en vigueur
- Orientation du Patient à l'issue du séjour :
 - Retour à domicile :
 - Maison de Retraite (EPHAD): Si un placement a déjà été demandé : OUI NON

DOCUMENTS OBLIGATOIRES : CARTE D'IDENTITE / CARTE VITALE / CARTE DE MUTUELLE

ADMISSION SOUHAITEE LE : ___/___/___

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

À remplir EXCLUSIVEMENT par le MEDECIN

Date, signature et cachet du
médecin adresseur

1 / NOM ET COORDONEES DU MEDECIN ADRESSEUR

NOM MEDECIN: TELEPHONE : FAX :

EMAIL@.....

2 / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX RELATIFS AU PATIENT

1. AFFECTION NECESSITANT UNE CONVALESCENCE : CHIRURGICALE si oui, date d'intervention //.....
MEDICALE :

3. PRESCRIPTION MEDICALE : PATHOLOGIE ET OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE (joindre courrier de sortie en PJ)

.....

.....

4. HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE, DIGANOSTIQUE ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILE POUR LA PRISE EN CHARGE

.....

.....

5. ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES :

.....

.....

6. RISQUE DE FUGUE : OUI NON 7. ISOLEMENT : OUI NON

8. AUTONOMIE:

PHYSIQUE		PSYCHIQUE	
Malade grabataire	OUI NON	Troubles mnésiques	OUI NON
Se lève et se couche seul(e)	OUI NON	Troubles du comportement (agressivité...)	OUI NON
Marche seul(e)	OUI NON	Désorientation temporo-spatiale	OUI NON
Marche avec aide :	OUI NON	INCONTINENCE	OUI NON
Fauteuil	OUI NON	Urinaire	OUI NON
Déambulateur	OUI NON	Anale	OUI NON
Fait sa toilette	OUI NON	SONDE A DEMEURE	OUI NON
Mange seul(e)	OUI NON	Urinaire	OUI NON
Va aux toilettes seul(e)	OUI NON	Gastrique	OUI NON
S'habille seul(e)	OUI NON	Trachéale	OUI NON
		ESCARRES	OUI NON

9. MEDICAMENTS : (joindre prescription en PJ).....

10. REGIME ALIMENTAIRE : 11.KINESITHERAPIE :