

DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER ADMINISTRATIF

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom & Prénom : SEXE :

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

Adresse :
..... Code Postal : Tel :

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) :

Date Hospitalisation Hospitalisation dans les 30 jours : oui non

SECURITE SOCIALE

Numéro d'immatriculation : | _ || _ _|| _ _|| _ _|| _ _|| _ _| / | _ _| Caisse :

(joindre photocopies cartes d'immatriculation & mutuelle) Mutuelle :

ALD : OUI NON CMU : OUI NON

K > 50 : OUI NON Date :/...../.....

Cotisation chambre particulière : OUI NON

Nom de l'assuré :

SOUHAIT

Date d'entrée :

LE PATIENT REGAGNE SON DOMICILE
 PLACEMENT ENVISAGE

RESERVE AUX LAURIERS

PROVENANCE SERVICE

AVIS DU MEDECIN
DATE & SIGNATURE

ACCORD REFUS

P/DECISION DU DIRECTEUR

ACCORD REFUS

DATE & SIGNATURE

Date d'entrée :

Réservé au Lauriers

REFUS

ACCORD

DATE & SIGNATURE

DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER MEDICAL

NOM ET N° DE TELEPHONE DU SERVICE ADRESSEUR :

LIGNE DIRECTE :

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & Prénom : SEXE :

Date de Naissance :

Adresse :

.....Code Postal :

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) :

AFFECTION PRINCIPALE MEDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION

.....

Date Hospitalisation Prise en charge palliative Prise en charge curative

Si intervention chirurgicale coefficient & date :

<u>ANTECEDENTS DU PATIENT</u>	
ANTECEDENTS MEDICAUX	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX
.....
.....
.....

AUTONOMIE ANTERIEURE

.....

.....

- | | | | |
|------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PANSEMENTS | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Temps de pansement : |
| SOINS d'ESCARRES | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Localisation : |
| SOINS INFIRMIERS | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| ORTHOPHONIE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| KINESITHERAPIE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| OXYGENE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | VNI <input type="checkbox"/> |
| B.M.R | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| REGIME | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Autre..... |

MEDICAMENTS

.....

.....

.....

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

HYGIENE

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
TOILETTE DU HAUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE DU BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALIMENTATION

SEUL AIDE PARTIELLE AIDE TOTALE

PARTICULARITES :

ELIMINATION

URINAIRE	<input type="checkbox"/> CONTINENCE	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> SONDE Posée le :	<input type="checkbox"/> STOMIE
FCALE	<input type="checkbox"/> CONTINENCE	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> STOMIE	

MOBILISATION

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
DEPLACEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> LIT-FAUTEUIL	<input type="checkbox"/> LIT-SALLE DE BAIN	<input type="checkbox"/> ALIEMENT
AIDE TECHNIQUE	<input type="checkbox"/> CANNES	<input type="checkbox"/> DEAMBULATEUR	APPUI AUTORISE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

FONCTIONS SENSORIELLES

	NORMALE	ANORMALE
VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAROLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORIENTATION

NORMALE	CONFUS	DESORIENTATION / DEAMBULANT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> INTERMITTENT	<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> INTERMITTENT

RELATION

BONNE ANGOISSE AGRESSIVITE DEPRESSION

DEVENIR

SORTIE	<input type="checkbox"/> AU DOMICILE	<input type="checkbox"/> PLACEMENT ENVISAGE
DEMARCHES EN COURS	<input type="checkbox"/> DOSSIER APA <input type="checkbox"/> EPHAD	<input type="checkbox"/> AIDE A DOMICILE
	<input type="checkbox"/> AUTRES :	

MEDECIN TRAITANT (Nom, Ville) :

N° de téléphone :

IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR

NOM, SIGNATURE, DATE
du médecin demandeur