

DEMANDE D'ADMISSION FICHE ADMINISTRATIVE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom & Prénom : Sexe :

Nom de naissance :

Date de Naissance : Téléphone :

Adresse :

..... Code Postal :

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) :

Médecin traitant (nom /ville): Tel :

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 DE PRISE EN CHARGE

Hospitalisation complète Date d'entrée :
Chambre particulière Chambre double

Hôpital de Jour Date d'entrée :

LE PATIENT REGAGNE SON DOMICILE PLACEMENT ENVISAGE

RESERVE AUX LAURIERS

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE :

DATE CONSULTATION PRE ADMISSION (si nécessaire) :

AVIS DU MEDECIN/CADRE ADMISSION : ACCORD REFUS (date, signature) :

DATE ENTREE PREVUE :

PATIENT INFORME LE :

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE (à compléter par un médecin)

NOM ET N° DE TELEPHONE DU SERVICE ADRESSEUR :

LIGNE DIRECTE :

Nom & Prénom : Age :

DESCRIPTIF DE L'ETAT DE SANTE ACTUEL JUSTIFIANT LE SEJOUR ET MOTIF DE LA DEMANDE

.....

POIDS :	TAILLE :	IMC :
----------------	-----------------	--------------

ANTECEDENTS MEDICAUX	ANTECEDENTS CHIRURGIE BARIATRIQUE
<input type="checkbox"/> Obésité Grade : <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 Sous insuline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Troubles Respiratoires : BPCO <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Syndrome <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopathie HTA <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Coronaire <input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appareil Locomoteur : Gonarthrose <input type="checkbox"/> Coxarthrose <input type="checkbox"/> Hernie discale <input type="checkbox"/> Lombalgies <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pathologie Psychiatrique, addictologique : <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire identifié Type :	<hr/> <p style="text-align: center;">AUTRES ANTECEDENTS DU PATIENT :</p>

Les problèmes nutritionnels ont-ils déjà fait l'objet d'une prise en charge antérieure ? Oui Non

Joindre tous les Comptes-Rendus

Ambulatoire

Hospitalisation Date : Lieux :

Education Thérapeutique

Projet de chirurgie bariatrique en cours Oui Non Réseaux :

SOINS SPECIFIQUES :

PANSEMENTS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Temps de pansement :
SOINS d'ESCARRES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation :
OXYGENE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VNI <input type="checkbox"/>
B.M.R	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MEDICAMENTS (Joindre la prescription)

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		<input type="checkbox"/> STOMIE
			Posée le :		
FECALE	<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"/> PERMANENT
	<input type="checkbox"/> INTERMITTENT	<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"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> AIDE A DOMICILE
	<input type="checkbox"/> AUTRES :	

IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR

NOM, SIGNATURE, DATE
du médecin demandeur