



CENTRE MÉDICAL CHANTOURS

Soins de suite médicaux, chirurgicaux et réadaptation en pneumologie, diabétologie, maladies de l'appareil digestif, maladies de la nutrition, gériatrie, neurologie, psychiatrie

Standard 04.92.25.30.30
Admissions 04.92.25.30.00
Télécopie 04.92.25.31.81

118, route de Grenoble - 05107 BRIANÇON Cedex
Site web www.fondationseltzer.fr

Demande d'Admission

Situation Administrative (à remplir par le patient)

Form section containing fields for patient information: Nom, Prénom, Nom de jeune fille, Né(e) le, à, Nationalité, Situation de famille, Enfants, Profession, Adresse, Code Postal, Ville, Tél, Avez-vous déjà séjourné à Chantoiseau?, au Bois de l'Ours?, Personne à prévenir, Lien de Parenté, Adresse, Code Postal, Ville, Tél, Bénéficiez-vous d'une mesure de protection: Tutelle, Curatelle.

Form section containing fields for insurance and medical information: Caisse de Sécurité Sociale (joindre copie de l'attestation de votre Caisse de Sécurité Sociale), Nom et Adresse, Numéro de sécurité sociale, Mutuelle (joindre copie de la carte), Nom et Adresse, Demande de chambre particulière, Médecin Traitant, Nom et Adresse.

Date de séjour souhaitée

Renseignements sur votre projet de séjour : qu'attendez-vous de votre séjour à Chantours ? (histoire personnelle, objectifs et projets)

Signature du patient

Situation Médicale (à compléter par le Médecin - un courrier médical est souhaitable à l'entrée)

❶ Diagnostic actuel motivant la prise en charge :

❷ Antécédents médicaux datés :

❸ Traitement en cours et soins (y compris pansements ...) :

⇒ Oxygénothérapie OUI NON Précisez :

⇒ Traitement de substitution (méthadone, subutex) OUI NON

❹ Renseignements complémentaires

⇒ Est-il porteur de BMR (*Bactéries Multi-Résistantes*) : OUI NON

⇒ Addictions OUI NON précisez

⇒ Régime Alimentaire

⇒ Poids Taille IMC

(*Indice de Masse Corporelle*)

❺ Objectif du séjour :

❻ Autonomie / Dépendance

	Alimentation	Toilette	Habillage	Contenance	Déplacement	Relationnel - Communication
Autonome						
Présence d'un tiers						
Aide partielle						
Dépendance						

❼ Devenir à la sortie :

⇒ Retour à domicile OUI NON

⇒ Réhospitalisation OUI NON

⇒ Placement à prévoir OUI NON

Malade adressé par : (cachet du médecin ou du service)

Le Docteur

Etablissement

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone.

Code prescripteur

Code FINISS

Date

Signature du médecin