



Centre Médical Chant'Ours

Admissions Chant'Ours  
118 route de Grenoble  
05107 BRIANÇON Cedex

Tél Admissions : 04 92 25 30 00  
de 9h30 à 11h30 et de 13h30 à 15h30

Fax : 04 92 25 31 81

Mail : admissions@fondationseltzer.fr

Tél Accueil Fondation : 04 92 25 30 30

- Soins de suite et réadaptation, suites d'affections médicales et chirurgicales en : gériatrie, diabétologie, médecine polyvalente, maladies de la nutrition, maladies digestives, addictologie
- Psychiatrie

## Demande d'Admission

### Situation administrative (à remplir par le patient)

Nom .....	Prénom .....	Nom de naissance .....
Né(e) le .....	à .....	Nationalité .....
Situation de famille .....	Enfants .....	Profession .....
Adresse .....		
Code Postal .....	Ville .....	Tél fixe .....
Mail .....		Tél portable .....
Avez-vous déjà séjourné à Chant'Ours (Chantoiseau/Bois de l'Ours) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Personne à prévenir .....		Lien de Parenté .....
Adresse .....		
Code Postal .....	Ville .....	Tél .....
Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Habilitation		
Personne responsable et coordonnées : .....		
.....		

<u>Sécurité Sociale</u> (joindre copie de l'attestation de votre Caisse de Sécurité Sociale)	
Nom et adresse : .....	
Numéro de sécurité sociale .....	
<u>Mutuelle</u> (joindre copie de la carte) .....	
Nom et adresse : .....	
Demande de chambre particulière : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Médecin traitant</u>	
Nom et adresse : .....	

Date de séjour souhaitée (au plus tard dans les 2 mois suivants la signature de cette demande) :

.....

### Qu'attendez-vous de votre séjour au Centre Médical Chant'Ours ?

.....  
.....

Lors de votre admission, les traitements personnels ne doivent pas être sortis de leur emballage d'origine, de plus, il n'est pas nécessaire de faire préparer votre pilulier.

Par la présente, vous vous engagez à participer aux activités de soins proposées et à respecter votre traitement. Le règlement intérieur vous sera présenté au début de votre séjour.

### Signature du patient

**Situation médicale** (à compléter par le médecin)

Un courrier médical, la dernière ordonnance et les bilans éventuels sont demandés à l'entrée.

1- Diagnostic actuel et histoire récente de la maladie motivant la prise en charge : .....

2- Antécédents médicaux et psychiatriques (y compris TS) datés : .....

3- Objectifs du séjour : .....

4- Traitement en cours et soins (pansements compris) : .....

→ Oxygénothérapie :  NON  OUI Précisez : .....

→ Traitement de substitution (méthadone, subutex) :  NON  OUI

Merci d'informer votre patient que, conformément aux recommandations de bon usage du médicament, son traitement pourra être substitué par des médicaments génériques ou biosimilaires.

**5- Renseignements complémentaires**

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

→ Addictions :  NON  OUI, quel type d'addiction : .....  sévère  non sévère

→ Régime alimentaire : ..... Allergie : .....

→ Poids : ..... Taille : ..... IMC (Indice de Masse Corporelle) : .....

**6- Affection Longue Durée (ALD) :**

→ L'hospitalisation est-elle prescrite dans le cadre d'une ALD (art. L 324-1) ?  NON  OUI

Si oui, quelle est l'affection ? .....

**7- Autonomie / Dépendance :**

	Alimentation	Toilette	Habillage	Continence	Déplacement	Relationnel Communication
Autonome						
Présence d'un tiers						
Aide partielle						
Aide totale						

Si aide, merci de préciser :  canne  déambulateur  fauteuil

Périmètre de marche inférieur à 200 mètres :  OUI  NON

Patient actuellement hospitalisé  NON  OUI Si oui, depuis quelle date ? .....

**8- Devenir à la sortie :**

→ Retour à domicile  OUI  NON → Réhospitalisation  OUI  NON

→ Changement de lieu de vie ou placement à prévoir  OUI  NON

9- Mode de transport : ..... Faites-vous une prescription Aller-Retour :  OUI  NON

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

Docteur/Etablissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Code prescripteur/N° Finess : .....

Date

Signature du médecin