

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 :		
.....		

Merci de joindre une photocopie de votre carte d'identité.

<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 :
<u>Médecin traitant</u>
Nom et adresse :

Date de séjour souhaitée :

Quels sont les objectifs de votre hospitalisation de jour ?

.....

.....

.....

.....

.....

J'accepte que l'adresse e-mail communiquée soit utilisée dans le cadre d'une enquête de satisfaction.

Signature du patient

Vaccination anti Covid complète : OUI NON

Si non, un test antigénique/PCR datant de moins de 48 h sera demandé à l'admission

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 datés :

.....
.....
.....

3- Traitement en cours et soins (pansements compris) :

.....
.....

→ Oxygénothérapie : NON OUI Précisez :

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

4- 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) :

5- Objectifs du séjour :

.....
.....
.....

6- Autonomie / Dépendance :

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

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

Docteur/Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur/N° Finess :

Date

Signature du médecin