

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

Demande d'Admission

Situation Administrative (à remplir par le patient)

Nom	Prénom	Nom de jeune fille
Né(e) le	à	Nationalité
Situation de famille	Enfants	Profession
Adresse		
Code Postal.....	Ville	Tél
Mail		
Avez-vous déjà séjourné :	à Chantoiseau ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	au 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
Personne responsable et coordonnées :		
.....		

<u>Caisse de 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

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

.....

.....

.....

.....

Signature du patient

Situation Médicale

(à compléter par le médecin - un courrier médical est demandé à l'entrée)

❶ Diagnostic actuel motivant la prise en charge :

❷ Antécédents médicaux datés :

❸ Traitement en cours et soins (pansements compris) :

⇒ 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)

Docteur :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code FINISS :

Date

Signature du médecin