

Accueil : 04 92 25 30 30
Admissions : 04 92 25 30 00
Fax : 04 92 25 31 81
Mail : admissions@fondationseltzer.fr

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

Fondation Edith Seltzer
Bureau des admissions
118 route de Grenoble
05107 BRIANÇON Cedex

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
Mail.....		
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
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 (au plus tard dans les 2 mois suivants la signature de cette demande) :
.....

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)

1- Diagnostic actuel motivant la prise en charge :

2- Antécédents médicaux datés :

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

→ Oxygénothérapie : OUI NON Précisez :

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

4- Renseignements complémentaires

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

→ Addictions : OUI NON

Si oui, précisez : sévré non sévré

→ Régime Alimentaire : Allergie :

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

5- Objectif du séjour :

6- Affection Longue Durée (ALD) :

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

→ Si oui, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ? OUI NON

→ Est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ? OUI NON

→ Si oui, numéro de l'AT/MP ou date :

→ Est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ? OUI NON

7- Autonomie / Dépendance :

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

8- Devenir à la sortie :

→ Retour à domicile OUI NON → Réhospitalisation OUI NON

→ Placement à prévoir OUI NON

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

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

Docteur/Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur/N° Finess :

Date

Signature du médecin