

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

Standard 04.92.25.30.30
Admissions 04.92.25.30.00
Fax 04.92.25.31.81
118, route de Grenoble
05107 BRIANÇON Cedex
www.fondationseltzer.fr

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

Avez-vous déjà séjourné : à Chantoiseau ? OUI NON
au Bois de l'Ours ? OUI NON

Personne à prévenir Lien de Parenté.....

Adresse

Code Postal Ville Tél.....

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : Tutelle Curatelle

Personne responsable et coordonnées :.....
.....

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 : OUI NON

Médecin Traitant

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