

Demande d'Admission Hôpital de jour

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 ?		<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	
.....	
<u>Médecin Traitant</u>	
Nom et Adresse	
.....	

Date de séjour souhaitée

Quels sont les objectifs de votre hospitalisation de jour ?

.....

.....

.....

.....

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						

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

Docteur :

Adresse :

.....

Téléphone :

Code prescripteur :

Etablissement :

Adresse :

.....

Téléphone :

Code FINISS :

Date

Signature du médecin