

**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 naissance .....

Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....

Situation de famille ..... Enfants ..... Profession .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Tél .....

Mail .....

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 .....

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)

**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        Précisez : .....

⇒ Régime Alimentaire :

⇒ 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

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

Docteur/Etablissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Code prescripteur/N° Finess : .....

**Date**

**Signature du médecin**