

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 ?		<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)

**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**