

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 ?**  
.....  
.....

Conformément aux recommandations de bon usage du médicament, votre traitement pourra être substitué par des médicaments génériques ou biosimilaires.

**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

Merci d'informer votre patient que, conformément aux recommandations de bon usage du médicament, son traitement pourra être substitué par des médicaments génériques ou biosimilaires.

4- Renseignements complémentaires

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

→ Addictions :  OUI  NON

Si oui, précisez : .....  sévéré  non sévéré

→ 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**