

- Hôpital de jour - SSR en maladies digestives, métaboliques et endocriniennes

Demande d'Admission Hôpital de jour

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 fixe		
Mail						Tél portable		
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 <input type="checkbox"/> Habilitation								
Personne responsable et coordonnées :								
.....								
Merci de joindre une photocopie de votre carte d'identité.								

<u>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 ?

.....

.....

.....

.....

.....

J'accepte que l'adresse e-mail communiquée soit utilisée dans le cadre d'une enquête de satisfaction.

Signature du patient

Situation médicale (à compléter par le médecin)

Un courrier médical, la dernière ordonnance et les bilans éventuels sont demandés à l'entrée.

1- Diagnostic actuel et histoire récente de la maladie motivant la prise en charge :

2- Antécédents médicaux datés :

3- Traitement en cours et soins (pansements compris) :

→ Oxygénothérapie : NON OUI Précisez :

→ Traitement de substitution (méthadone, subutex) : NON OUI

4- Renseignements complémentaires

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

→ Addictions : NON OUI, quel type d'addiction : sévère non sévère

→ Régime alimentaire : Allergie :

→ Poids : Taille : IMC (Indice de Masse Corporelle) :

5- Objectifs du séjour :

6- Autonomie / Dépendance :

	Alimentation	Toilette	Habillage	Continence	Déplacement	Relationnel Communication
Autonome						
Présence d'un tiers						
Aide partielle						
Aide totale						

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

Docteur/Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur/N° Finess :

Date

Signature du médecin