

- Soins de suite et réadaptation, suites d'affections médicales et chirurgicales en : gériatrie, diabétologie, médecine polyvalente, maladies de la nutrition, maladies digestives, 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 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 :
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 ?

.....
.....

Lors de votre admission, les traitements personnels ne doivent pas être sortis de leur emballage d'origine, de plus, il n'est pas nécessaire de faire préparer votre pilulier.

Par la présente, vous vous engagez à participer aux activités de soins proposées et à respecter votre traitement. Le règlement intérieur vous sera présenté au début de votre séjour.

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 et psychiatriques (y compris TS) datés :

3- Objectifs du séjour :

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

→ Oxygénothérapie : NON OUI Précisez :

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

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.

5- 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) :

6- Affection Longue Durée (ALD) :

→ L'hospitalisation est-elle prescrite dans le cadre d'une ALD (art. L 324-1) ? NON OUI

Si oui, quelle est l'affection ?

7- Autonomie / Dépendance :

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

Si aide, merci de préciser : canne déambulateur fauteuil

Périmètre de marche inférieur à 200 mètres : OUI NON

Patient actuellement hospitalisé NON OUI Si oui, depuis quelle date ?

8- Devenir à la sortie :

→ Retour à domicile OUI NON → Réhospitalisation OUI NON

→ Changement de lieu de vie ou placement à prévoir OUI NON

9- Mode de transport : Faites-vous une prescription Aller-Retour : OUI NON

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

Docteur/Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur/N° Finess :

Date

Signature du médecin