

- SSR polyvalent, SSR personnes âgées, SSR maladies métaboliques, SSR conduites addictives
- 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) ? OUI NON

Personne à prévenir Lien de Parenté

Adresse

Code Postal Ville Tél

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : Tutelle Curatelle Habilitation

Personne responsable et coordonnées :

.....

Merci de joindre une photocopie de votre carte d'identité.

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 (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)

La dernière ordonnance et les bilans éventuels sont demandés à l'entrée.

Vaccination anti Covid complète : OUI NON

Si non, un test antigénique/PCR datant de moins de 48 h sera demandé à l'admission

1- Dans quel service souhaitez-vous adresser votre patient ?

*Pour une admission en Psychiatrie, un **courrier médical d'un Psychiatre est a joindre impérativement** à la demande.*

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

3- Antécédents médicaux et psychiatriques (y compris TS) datés :

4- Objectifs du séjour :

5- 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.

6- Renseignements complémentaires

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

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

→ Régime alimentaire : Allergie :

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

7- 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 ?

8- 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 ?.....

9- Devenir à la sortie :

→ Retour à domicile OUI NON → Réhospitalisation OUI NON

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

10- 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 :

Mail :

Pour une admission en Psychiatrie, le courrier médical d'un Psychiatre est joint à cette demande.

Date :

Signature du médecin :