



## 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 : .....

### Médecin traitant

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**

Vaccination anti Covid complète :  OUI  NON

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

## 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