

## 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

Les informations recueillies sont enregistrées par le Centre Médical Chant'Ours de la Fondation Edith Seltzer pour la finalité suivante : gestion et traitement des demandes d'admission. La base légale du traitement relève ainsi de l'exécution contractuelle. Les données collectées seront conservées sous 6 mois après l'instruction de votre dossier non abouti, et 20 ans après la fin de votre séjour (dossier abouti), et ne seront communiquées qu'au personnel interne habilité de la Fondation. Vous disposez d'un droit accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données de la Fondation Seltzer ([dpo-fondationseltzer@agencergpd.eu](mailto:dpo-fondationseltzer@agencergpd.eu)) ou via le [module des demandes de droits](#), disponible au sein de la politique de confidentialité de notre site internet. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez effectuer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle Française en [contactant le délégué à la protection des données \(DPO\) de la CNIL](#).

## Situation médicale (à compléter par le médecin)

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

1- Dans quel service souhaitez-vous adresser votre patient ? .....  
**Pour une admission en Psychiatrie ou en Addictologie, un courrier médical est à 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 : .....

*En cas d'allergie alimentaire, des plats industriels prêts à l'emploi seront prescrits au patient, garantissant la maîtrise des 14 allergènes majeurs.*

→ 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<br>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 ou en Addictologie, le courrier médical est joint à cette demande.

Date :

Signature du médecin :