

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

➤ **Identité :**

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M Profession : Nationalité :
Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Marié(e) Concubinage Séparé(e) Veuf(ve)
Adresse actuelle : Code postal et ville :
Tél fixe et portable :

➤ **Organisme d'assurance maladie/mutuelle : Joindre les copies des documents (impératif)**

Numéro de SS : Caisse d'assurance maladie :
CMU : Oui Non Date de fin de droits : ALD : Oui Non
Mutuelle : Date de validité :
N°adhérent : Téléphone :
Chambre particulière : Oui Non (en fonction des places disponibles, sans prise en charge pas d'attribution)

➤ **Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom/Prénom : Lien parenté :
Adresse : Tél :

➤ **Suivi social :**

Avez-vous des démarches sociales ou administratives en cours : Oui Non
Si oui, par qui : Tél :

➤ **Mesure de protection :**

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? Oui Non
Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle En cours
Coordonnées de la personne ou du service en charge de la mesure.....
Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➤ **Adresseur :**

Coordonnées du médecin formulant la demande d'admission et nom de la structure :
Adresse : code postal/ville :
Tél : Fax :
En cas d'hospitalisation, merci de spécifier sa date de sortie :

➤ **Médecin traitant (si différent) :**

Nom/Prénom du médecin traitant :
Adresse..... Tél :

➤ **Motif de la demande :**

➤ **Symptômes actuels :**

➤ Antécédents somatiques et psychiatriques :

➤ Traitement en cours :

➤ Projet thérapeutique à la sortie d'hospitalisation :

GRILLE DE DEPENDANCE

- Communication : Normale Incohérente Difficile Impossible
- Comportement : Calme Agressif Agité
- Locomotion : Autonome Aide à la marche Fauteuil Déambulateur
- Hygiène : Autonome Aide partielle Aide totale
- Alimentation : Autonome Avec aide Régime particulier : Oui Non
Si oui préciser :
- Elimination : incontinence urinaire : Oui Non si oui, attention il faut fournir les changes pour la durée du séjour.
Incontinence fécale : Oui Non
Enurésie : Oui Non
- Facultés sensorielles : Aucune déficience :
Légère déficience : précisez :
Déficience importante : précisez :
- Soins particuliers : Oui Non
Si oui, lesquels : Apnée du sommeil appareillé Oxygénothérapie
Autre précisez :

Nous informons pour les sevrages des substances illicites, le séjour dans notre établissement entraine pour le patient un respect de l'acceptation des règles de non consommation, détention et trafic. Toute demande devra être accompagnée d'une lettre de motivation du patient et une consultation de pré-admission pourra être programmée.