DEMANDE D'ADMISSION **Hospitalisation complète**	**❒ S.M.R.** **Soins Médicaux et Réadaptation**	**❒ MÉDECINE** **Dr Yann VITASSE**

CONTACT ADMISSIONS

Mme DE SIANO-CATTINA Mathilde – Ligne directe : 04.94.72.81.09
Email : contact@clinique-saintfrancois.fr - SITE INTERNET : www.clinique-saintfrancois.fr

MEDECIN TRAITANT ET/OU ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom : …… Date d'admission souhaitée :……
☎ : …… Email : ……

PATIENT

Nom du Patient : ……Prénom :……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
Ville ……Code Postal : ……☎ : ……
Personne à prévenir : Nom et nature du lien (famille, proche, tuteur, voisin, etc..) :
……
……

❒ Patient sous Tutelle ❒ Patient sous Curatelle

N° Sécurité Sociale : ……
Forfait journalier : réglé par : ❒ Mutuelle ❒ A la charge du patient
❒ C.S.S. ❒ Autres : ……
Chambre particulière de confort : ❒ Oui ❒ Non

PATHOLOGIE

1) Motif d'hospitalisation : ……
……
2) Antécédents : ……
……
3) Traitement : Joindre en annexes à cette demande, le traitement en cours
Informer le patient d'apporter ses dernières ordonnances (Généraliste et Spécialiste) et qu'il est utile d'apporter son traitement personnel qui lui sera fourni dès son admission dans l'établissement.
Commentaires : ……
……

EVOLUTION DE L'AUTONOMIE

POIDS …… **TAILLE** ……

Oxygène ❒ Aérosols ❒ VNI ❒ Trachéotomisé ❒

Mobilité
❒ Autonome
❒ Marche avec aide
❒ Lit / Fauteuil
❒ Grabataire

Alimentation
❒ Mange seul
❒ Aide partielle
❒ Aide totale
❒ Entérale, par sonde

Hygiène
❒ Se lave seul
❒ Aide partielle
❒ Aide totale

Habillage
❒ S'habille seul
❒ Aide partielle
❒ Aide totale

Parole
❒ Langage normal
❒ Perturbée
❒ Aphasie

Etat cutané
❒ Peau saine
❒ Peau lésée

Elimination
❒ Incontinence urinaire
❒ Incontinence anale
❒ Sonde urinaire
❒ Poche colostomie

Etat cutané
❒ Peau saine
❒ Peau lésée

État psychique et moral
❒ Normal
❒ Déprimé
❒ Agitation / Agressivité
❒ Troubles du comportement
❒ Désorientation
❒ Risque de tentative de suicide
❒ Risque de fugue

Infection nosocomiale
❒ OUI ❒ NON

Porteur d'une BMR
❒ OUI ❒ NON

Porteur d'une maladie contagieuse
❒ OUI ❒ NON

Porteur d'une SARM
❒ OUI ❒ NON