



DEMANDE D'ADMISSION A REMETTRE SOUS ENVELOPPE FERMEE

A L'ACCUEIL OU A ENVOYER PAR COURRIER

**PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT**

**COORDONNEES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel : .....

**COORDONNEES DU PATIENT (Joindre la photocopie CNI/ Mutuelle / Attestation carte vitale)**

Mr  Mme  Mlle

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Tél : ..... Adresse : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle :  Oui  Non

Nom de la Mutuelle : .....

**Date d'entrée souhaitée** : .....

**PERSONNE A PREVENIR**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Décision : (cadre réservé au GHC)**

**Admission** :

Date programmée : .....

N° chambre attribuée : .....

**Refus** : Motif : .....

Date de la demande :

Date de réponse au demandeur : .....



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

**Nom / Prénom du patient :**

**Date de naissance :**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Diagnostic principal : .....

Etat clinique / Evolution : .....

Antécédents / Allergies : .....

Liste des médicaments (ou joindre dernière ordonnance) :

- 
- 
- 
- 

Demande chambre seule :  Raison Médicale  Demande du patient

IMC :

Poids :

Taille :

Projets de soins en SSR :  Soins palliatifs  Rééducation  Réadaptation  Autres

Type d'hospitalisation :  Hospitalisation conventionnelle  Hôpital de jour

Objectifs attendus :

### RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Aide à domicile :  Oui  Non

Aide ménage :  Oui  Non    Portage repas :  Oui  Non    Téléalarme :  Oui  Non

IDE Libérale :  Oui  Non    Si Oui,  Toilette  Pansement  Autres

### PROJET SOCIAL

Retour au domicile envisagé :  Oui  Non

Institutionnalisation prévue :  Oui  Non

Démarches en cours :  Oui  Non    Si oui, Précisez : .....

Nom Assistant(e) Social(e) : .....

Commentaires :

**FICHE DE PREADMISSION MEDICALE**

DEPENDANCE / AUTONOMIE / SOINS	
Toilette / Habillage :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Comportement :	<input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté/Confus <input type="checkbox"/> Déambulant <input type="checkbox"/> Fugueur
Déplacement :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Aide technique :	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne
Elimination urine	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Stomie
Elimination fécale	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Stomie
Alimentation :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Régime particulier :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      Si Oui, Précisez :.....
Comportement :	<input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté/Confus <input type="checkbox"/> Déambulant
Communication :	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> troubles du langage <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Appareillage
App. respiratoire :	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie
Etat cutané :	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plaie type :.....
Douleur :	<input type="checkbox"/> Pompe à morphine <input type="checkbox"/> Pousse seringue <input type="checkbox"/> Stupéfiant
Soins :	<input type="checkbox"/> Perfusion <input type="checkbox"/> Port à cath <input type="checkbox"/> BMR <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Pansement(s)
Autres :	

Date : .....

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Cachet

.....