



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 : <input type="checkbox"/> Raison Médicale <input type="checkbox"/> Demande du patient		
IMC :	Poids :	Taille :
Projets de soins en SSR : <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Rééducation <input type="checkbox"/> Réadaptation <input type="checkbox"/> Autres Type d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle <input type="checkbox"/> Hôpital de jour Objectifs attendus :		
RENSEIGNEMENTS SOCIAUX		
Aide à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide ménage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Portage repas : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Téléalarme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non IDE Libérale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autres		
PROJET SOCIAL		
Retour au domicile envisagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Institutionnalisation prévue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Démarches en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

.....