

DEMANDE D'ADMISSION

Diabétologie - Métabolisme - Nutrition. Dr A. LAHOUALI

Médecin Chef : Dr STOFFEL

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX (à fournir par le malade ou sa famille)

Renseignements concernant le patient :

Nom : Prénom : Nationalité :
Date et lieu de naissance : Téléphone :
Adresse mail :@.....
Domicile :

Célibataire : marié veuf divorcé
N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse d'affiliation : **Mutuelle** :
Assuré : Ayant droit :
Profession :
Dernier employeur (nom et adresse) :

Renseignements concernant l'assuré :
(rubrique à remplir que si le malade n'est pas lui-même l'assuré)

Qualité de l'ayant droit : conjoint enfant autre bénéficiaire
Nom et prénom de l'assuré :
Date et lieu de naissance :
N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse d'affiliation :
Employeur :

Personne à prévenir en cas de problème :

Nom :
Adresse :
Téléphone :
Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PATIENT CONCERNE :

NOM : Prénom :

DIAGNOSTIC

Antécédents :

Poids :

Taille :

IMC :

Dénutrition :

Diagnostic médical détaillé :

TRAITEMENT EN COURS

Allergies :

Infection en cours :

Germes :

Nécessité d'un isolement septique :

Soins paramédicaux (soins particuliers, pansements, soins d'escarres, dleep, stomies...) :

Régime alimentaire:

Traitement habituel :

OBJECTIFS DU SEJOUR

Objectifs à la fin du séjour :

Période souhaitée pour l'admission :

BILAN D'AUTONOMIE - CONTEXTE SOCIAL

PATIENT CONCERNE :

NOM : Prénom :

Habillage : autonome
 aide partielle
 avec aide totale

Elimination : autonome
 incontinence occasionnelle urines
 incontinence permanente urines
 incontinence permanente selles
 stomie
 sonde vésicale

Locomotion : autonome
 nécessite une aide
 aide technique :
cannes, fauteuil roulant, déambulateur...)

Toilette : autonome
 aide partielle
 aide totale

Alimentation : autonome
 aide partielle
 aide totale
 dleep
 parentérale

La nuit : nécessite une surveillance
 nécessite barrières

Troubles du comportement et des fonctions supérieures :

	OUI	NON
Trouble de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation, errance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte social : vit en famille
 vit seul
 vit en institution
 bénéficie d'aides :
 autre situation :

Moyen de transport envisagé pour se rendre à l'hôpital de jour :

Médecin :

Equipe soignante :

Nom :

Téléphone :

Signature :

Si le patient est un assuré relevant d'un autre organisme d'assurance maladie que celui du régime général (CPAM), par exemple : MSA, RSI, SLI..., les démarches auprès du contrôle médical **pour obtenir la prise en charge du séjour** doivent être effectuées par le médecin qui prescrit le séjour.

