

DEMANDE D'ADMISSION

Soins Polyvalents : Diabétologie – Métabolisme – Nutrition

Médecin Chef : Dr Christophe ROTH

Demande Validée Refusée le

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

Renseignements concernant le patient :

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Nationalité : Date et lieu de naissance :

Téléphone : Mail :

Domicile :

Célibataire marié(e) veuf divorcé

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

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

Médecin traitant :

Caisse d'affiliation : Mutuelle :

Assuré : Ayant droit :

Profession :

Transport : Véhicule personnel VSL/Taxi Bus

Diabétique : Oui Non

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 : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de parenté :

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, dreep, stomies...) :

Régime alimentaire:

Soins + traitements à dispenser le jour du transfert :

OBJECTIFS DU SEJOUR

Objectifs à la fin du séjour :

Devenir, envisagé, du patient à la fin de son séjour :

Date 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 :

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.

