

# DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2



CLINIQUE DE RÉADAPTATION

Fax : 02 62 86 00 79 | E : admission@clinique-eucalyptus.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE :  H  F

Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour

Hospitalisé depuis le \* :    /    /

Date d'entrée souhaitée \* :    /    /

Etablissement \* :

Tel \*:

Service \* :

Médecin \* :

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile* :	Tel*:
Personne à prévenir* :	Mail :
Mesures de protection : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Démarche en cours	

## LA PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Numéro de sécurité sociale* :	Caisse :	
Pays d'origine (Hors France) : <input type="checkbox"/> AME		
Mutuelle* :  <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	Forfait journalier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Supplément chambre seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Déjà acquise <input type="checkbox"/> Démarche En cours

## DEVENIR

Vit seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non :	Retour sur lieu de vie envisageable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demande de placement en cours : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Faxer le projet social)	

## MOTIF D'ADMISSION

--

## HISTOIRE CLINIQUE RESUMÉE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

--

### Date de l'intervention chirurgicale \* :

Appui autorisé  Déficit

## Cadre réservé à l'administration

Staff 1: Date :    /    /

Réponse :

- Consultation  Demande CR et examens complémentaires
- Accepté → délai d'admission  <1sem  2 sem  4 sem  Liste d'attente
- Suivi Ylang avec DR.....

Staff 2: Date :    /    /

HDJ - PO  HC - PO  
 HDJ - AD  HC - AD

# DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 2/2

## ANTECEDANT MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

<b>Portage d'une BMR *:</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif)	<input type="checkbox"/> Non recherché
<b>Infection *:</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, site de l'infection :	
<input type="checkbox"/> Escarres :		<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale :	

**Dispositifs particuliers (chambre implantable, voie centrale, PICC-LINE...):**

## Traitements en cours et traitement habituel (dosage et posologie)

Cf joindre une ordonnance à jour

Capacité fonctionnelles *	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :			
Déplacements *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant			
Transferts *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :			
Faire sa toilette *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD, Date : / /			
				Elimination Fécale :  <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination digestive			
Alimentation *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : <input type="checkbox"/> NasoGast. <input type="checkbox"/> Jéjunostomie  <input type="checkbox"/> Régime : Date : / /			
Communication							

Troubles de la conscience*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles de l'humeur *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles cognitifs *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
Troubles du comportement *	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Détails :
		<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Contention	

## Informations médicales complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

**Consentement du patient ou de la famille pour son transfert ?**  OUI  NON

**Demande remplie par :**

Le : / /

**Signature :**