*UNION POUR LA GESTION DES ETABLISSEMENTS DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE*

CENTRE DE SOINS DE SOINS DE SUITE & DE READAPTATION

« LES LAURIERS» - B.P. 43 - 33305 LORMONT

**V** 05.56.77.37.37

**FAX 05.56.77.39.17**

n° FINESS 330780750

**DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER ADMINISTRATIF**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom & Prénom : ........................................................................................................... SEXE: ..................................

Date de Naissance : .................................................... Lieu de Naissance : ...............................................................

Adresse : ...............................................................................................*:.*..........................................•..•.•.• ••••••••••••••

.................................................................... Code Postal : .......................... Tel : ..........................................

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) : .....................................................................................................

**Date Hospitalisation** ....................................................

Hospitalisation dans les 30 jours :

oui□ non□

1

|  |
| --- |
| **SECURITE SOCIALE**Numéro d'immatriculation: I\_ II II II II II I/I I Caisse: ........................................................*(joindre photocopies cartes d'immtriculation* & *mutuelle)* Mutuelle: .................................................... ALD: DOUi □NON CMU: DOUi □ NONK> 50: DOUi □ NON Date : ............./............/.............**Cotisation chambre particulière** : □OUI □NONNom de l'assuré : .......................................................................... |
| **REPONSE DES LAURIERS** | 1 |
| **Date de reception de la demande** :............................................... |
| **AVIS DU MEDECIN ACCORD** □ **REFUS** □ |
| *DA TE* & *SIGNATURE* |
| **AVIS DU CADRE DE SANTE ACCORD** □ **REFUS** □ |
| DATE & SIGNATURE |
| **Date d'entrée prévue le** ................................................................... |
| **Patient informé le** :........................................................................... |
| **Acceptation de séjour par le patient OUI**□ **NON** □ |
|  |

**DEMANDE D'ADMISSION DOSSIER MEDICAL**

NOM ET N° DE TELEPHONE DU SERVICE ADRESSEUR : ............................•.............................................................

LIGNE DIRECTE : ...........................................................................................................................

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & Prénom : ........................................................................................................... SEXE : ............................

Date de Naissance : .................................................

Adresse: ......................................................................................................................................

......................................................................Code Postal : ........................

PERSONNE A PREVENIR (Nom, parenté, téléphone) : .............................................................................. .

AFFECTION PRINCIPALE MEDICALE OU CHIRURGICALE JUSTIFIANT L'ADMISSION

Date Hospitalisation .......................................... Prise en charge palliative □

Prise en charge curative □

Si intervention chirurgicale coefficient & date : ..................................................................................................

|  |
| --- |
| ANTECEDENTS DU PATIENT |
| ANTECEDENTS MEDICAUX | ANTECEDENTS CHIRURGICAUX |
|  |  |
| AUTONOMIE ANTERIEURE |
|  |

PANSEMENTS D Oui D Non

SOINS d'ESCARRES D Oui D Non

SOINS INFIRMIERS □Oui D Non

ORTHOPHONIE D Oui D Non

KINESITHERAPIE □Oui D Non

OXYGENE D Oui D Non

**B.M.R** D Oui D Non

REGIME D Normal D Diabétique

Temps de pansement : ...................... Localisation : ..................................

**VNI** □

D Autre.........................

MEDICAMENTS

**EVALUATION DE L'AUTONOMIE**

|  |
| --- |
| ***HYGIENE*** |
|  | **SEUL** | **AIDE PARTIELLE** | **AIDE TOTALE** |
| **TOILETTE DU HAUT** | □ | □ | □ |
| **TOILETTE DU BAS** | □ | □ | □ |
| **HABILLAGE** | □ | □ | □ |
| ***ALIMENTATION*** |
| □ SEUL | □ AIDE PARTIELLE | 1 | □ AIDE TOTALE |
| **PARTICULARITES:** |
| ***ELIMINATION*** |
| **URINAIRE** | □ CONTINENCE | □ INCONTINENCE | □ SONDEPosée le: | □STOMIE |
| **FECALE** | □ CONTINENCE | □ INCONTINENCE | □ STOMIE |
| ***MOBILISATION*** |
|  | **SEUL** | **AIDE PARTIELLE** | **AIDE TOTALE** |
| **DEPLACEMENT** | □ | □ | □ |
| **TRANSFERT** | □ | □ | □ |
| □ LIT-FAUTEUIL | □ LIT-SALLE DE BAIN | □ ALITEMENT |
| **AIDE TECHNIQUE** | □ CANNES | □ DEAMBULATEUR | APPUI AUTORISE DOUi □NON |
| ***FONCTIONS SENSORIELLES*** |
|  | **NORMALE** | **ANORMALE** |
| **VISION** | □ | □ |
| **OUIE** | □ | □ |
| **PAROLE** | □ | □ |
| ***ORIENTATION*** |
| **NORMALE** |  |  | **CONFUS** | **DESORIENTATION/ l;)EAMBULANT** |
| □ | PERMANENT | PERMANENT |
|  | □ INTERMITTENT | □ INTERMITTENT |
| ***RELATION*** |
| □ BONNE | □ ANGOISSE |  | □ AGRESSIVITE | □ DEPRESSION |
| ***DEVENIR*** |
| **SORTIE** | □ AU DOMICILE | □ PLACEMENT ENVISAGE |
| **DEMARCHES EN COURS** | □ DOSSIER APA 1 | □ EPHAD |  | AIDE A DOMICILE |
| □ AUTRES: |

|  |
| --- |
| **MEDECIN TRAITANT (Nom, Ville)** :**N° de téléphone** : |
| **IDENTITIFICATION DU SERVICE DEMANDEUR** |  | **NOM, SIGNATURE, DATE**du médecin demandeur |