

Demande de pré admission administrative le :

Identification du patient ou de la patiente

Identité :

Nom & prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse : Age :

Code postal : Ville :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Situation professionnelle : retraité(e) en activité : profession : invalidité

Situation familiale : marié(e) divorcé(e) veuf (ve) célibataire autre

Médecin Traitant : **Adresse :**

N° de téléphone :

Organismes de prise en charge

Documents à fournir :

Caisse d'affiliation :

N° d'immatriculation :

Nom de l'assuré :

Organisme de sécurité sociale :

Carte vitale

Carte de mutuelle

Carte d'identité

Mutuelle :

Organisme complémentaire :

N° adhérent :

Chambre particulière souhaitée : oui non

Cotisation chambre particulière : oui non Si oui quel montant ?

Contacts familiaux

Personne de confiance :

Nom & prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone professionnel : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Personne à prévenir :

Nom & prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone professionnel : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Téléphone portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

MOTIF DE LA DEMANDE

Nature des affections ayant motivé la demande (Diagnostic, date d'intervention s'il y a lieu, évolution..)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres pathologies associées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le patient est-il porteur de germe : oui non

Si oui, localisation :

Type de germe ?.....

Isolement nécessaire : oui non

Antibiothérapie :

Traitements en cours (joindre les dernières ordonnances, compte-rendus.....) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Régimes et/ou consistance :

.....
.....
.....

DEGRE D'AUTONOMIE DU MALADE

Toilette – habillage : Autonome Aide partielle Aide complète

Repas : Autonome Aide partielle Aide complète

Marche : Autonome Aide partielle Aide complète

Lit - fauteuil Grabataire Fauteuil roulant

Cannes anglaises Déambulateur

Incontinence : Oui Non Vésicale Anale

Oxygénothérapie : Oui Non Quantité ?.....

Etat psychique : Normal Altération intermittente Détérioré Déambulation

Autres fonctions sensorielles :
.....

DEVENIR A LA SORTIE

Devenir envisagé à la suite du Moyen Séjour :

- Retour à domicile : oui non
- Placement envisagé : oui non
- Démarches en cours : oui non

Lesquelles ?.....
.....
.....

Date d'entrée souhaitée par le demandeur (séjour limité à 1 mois) :

Chambre seule nécessaire : oui non

Le patient a-t-il déjà fait un séjour au Château de Bassy : oui non

Si oui, quand ?.....

Je soussigné, Dr..... certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

CADRE RESERVE AU CENTRE MEDICAL

Appel reçu par : Accord médical : oui non

Evolution de la demande (motif, nom, date,...) :
.....
.....