

## 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,...) :.....  
.....  
.....