

# CHATEAU DE BASSY

Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatrique

## **Demande d'admission en Hospitalisation à Temps Partiel (H.T.P)** **(Patient à risque de chutes et chuteur)**

1 rue du Bosquet, 24400 Saint Médard de Mussidan

☎ 05 53 82 86 37

✉ [bassy.admissions.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:bassy.admissions.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr)

<b>Date de la demande :</b>	<b>Critère impératif :</b> patient autonome dans les déplacements
<b>Identité du patient</b>	
- Nom, prénom : - Date de naissance : - Situation familiale : - Adresse :  - Téléphone : - Personne à contacter/aidant principal : - Médecin traitant :	
<b>Organismes de prise en charge</b>	
<b>Caisse d'affiliation :</b>  <u>N° d'immatriculation :</u> .....  <u>Nom de l'assuré :</u> .....  <u>Organisme de Sécurité Sociale :</u> .....  <b>Mutuelle</b> <u>Organisme complémentaire :</u> .....  <u>N° d'adhérent :</u> .....	<b>Documents à fournir :</b>  - Carte vitale - Carte Mutuelle - Carte d'identité
<b>Contacts familiaux</b>	
<b><u>Personne de confiance</u></b>	
<u>Nom &amp; Prénom :</u> .....	<u>Lien de parenté :</u> .....
<u>Adresse :</u> .....	
<u>Code postal :</u> .....	<u>Ville :</u> .....
<u>Téléphone :</u> /   /   /   /   /   /	
<b><u>Personne à prévenir</u></b>	
<u>Nom &amp; Prénom :</u> .....	<u>Lien de parenté :</u> .....
<u>Adresse :</u> .....	
<u>Code postal :</u> .....	<u>Ville :</u> .....
<u>Téléphone :</u> /   /   /   /   /   /	

**Coordonnées du médecin/ service demandeur**

- Médecin/ Service de soins :



:

Fax :



**Motifs de la demande**

**Objectif(s) de la demande de rééducation :**

**Professionnels souhaités :**

kinésithérapeute

Diététicienne

pharmacien

ergothérapeute

Psychologue

assistante sociale

**Problématiques actuels :**

**Troubles neuro cognitifs**

Suivi en consultation mémoire ?  oui  non

- Diagnostic, stade :

- Médecin référent :

Dernier MMS (+ date) ? :

**Perte d'autonomie suite à**

Pathologie aiguë

- Type :

- Médecin référent/ service de prise en charge :

AVC

- Type :

- Médecin référent :

Pathologie chronique (Parkinson, insuffisance cardiaque/respiratoire, oncogériatrie..)

- Type :

- Médecin référent :

**Fragilité**

Chutes à répétition

Troubles de la marche et de l'équilibre

Dénutrition

Autre :

**Autre :**

**Projet social/ devenir :**

maintien à domicile

institutionnalisation envisagée

<u>Antécédents</u>		<u>Médecin référent</u>
<b>Médicaux</b>	- - - - - - - - - - -	
<b>Chirurgicaux</b>	- - - - - -	
<u>Traitements habituels</u>		
Ci-dessous ou joindre dernière ordonnance		

**Merci de joindre à cette demande**

- Le dernier bilan biologique
- Le résultat de l'imagerie cérébrale (si faite) ou le lieu de réalisation
- MMSE
- Bilan cardio + ECG (si fait)
- Dernière ordonnance

**Le patient a-t-il été hospitalisé récemment ?**

oui  non

Si oui, merci de nous indiquer dans quel service et/ou nous joindre le courrier de sortie :

**Autres informations que vous souhaitez nous communiquer**