

DEMANDE D'ADMISSION EN HC

(Hospitalisation Complète)

Date de la demande : __ / __ / 20 __

✂ Volet à renseigner intégralement par l'Usager, sa Famille ou son Médecin traitant.

VOLET ADMINISTRATIF ET SOCIAL

Identité et coordonnées de l'USAGER

NOM : Prénom :

NOM DE NAISSANCE :

Date et lieu de naissance : Le __ / __ / ____ (Age :ans) A

Adresse :

Code postal : I __ I I __ I Ville :

☎ Fixe : ☎ Mobile :

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

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

Identité et coordonnées du MÉDECIN TRAITANT

NOM & Prénom :

Adresse :

Code postal : I __ I I __ I Ville :

☎ :

Couverture santé et mutuelle

Caisse d'affiliation :

N° d'immatriculation : I __ I I __ I I __ I I __ I I __ I I __ I / I __ I

NOM de l'assuré :

Organisme de sécurité sociale :

Mutuelle :

N° adhérent :

Organisme complémentaire :

Chambre particulière souhaitée : ☐ OUI ☐ NON

Contacts familiaux

Personne de confiance :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : I __ I I __ I Ville :

☎ Fixe :

☎ Mobile :

☎ Professionnel :

Personne à prévenir :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : I __ I I __ I Ville :

☎ Fixe :

☎ Mobile :

☎ Professionnel :

VOLET MÉDICAL

Identité et coordonnées du MÉDECIN DEMANDEUR

NOM DU MEDECIN :

① : FAX : MAIL :

Motifs de la demande

Nature des affections motivant la demande (diagnostic, date d'intervention s'il y a lieu, évolution...) :

Autres pathologies associées :

Le patient est-il porteur de germe(s) : ☐ OUI ☐ NON

☞ Type :

☞ Isolement nécessaire ☐ OUI ☐ NON

☞ Antibiothérapie :

.....

.....

TRAITEMENTS EN COURS

☐ Cf. dernière ordonnance jointe

Sinon, précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autonomie

Toilette – habillage : ☐ 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

Alimentation : ☐ autonome ☐ aide partielle ☐ aide complète
↳ Régime et/ou consistance :

Autre(s) fonction(s) sensorielle(s) :
.....
.....

Projet de vie de l'Usager

☐ Maintien à domicile
☐ Placement en institution envisagé
↳ Démarche en cours : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :
.....
.....

<u>Date d'entrée souhaitée par le demandeur (<i>séjour limité à 3 semaines</i>)</u> : <u>Chambre seule nécessaire</u> : ☐ oui ☐ non <u>Le patient a-t'il déjà fait un séjour au Château de Bassy ?</u> : ☐ oui ☐ non ↳ Si oui, quand :	<u>Signature et cachet du Médecin</u> :
--	---



Documents à joindre à la demande

- Copie carte d'identité
- Copie carte vitale
- Copie carte mutuelle
- Dernière ordonnance
- Dernier bilan biologique
- Lettre de liaison de sortie (si patient hospitalisé récemment)



Demande d'admission dûment complétée
à renvoyer
par FAX ou par MAIL

Fax médical : 05.53.80.88.86

Mail : bassy.admissions.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE MÉDICAL

Demande reçue par : ☐ ACCORD MÉDICAL ☐ REFUS MÉDICAL

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