

DEMANDE D'ADMISSION EN HTP

(Hospitalisation à Temps Partiel)

Date de la demande : __ / __ / 20 __

Pour une admission en HTP, l'Usager doit **IMPÉRATIVEMENT** être **AUTONOME**.

✂ **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 : | __ | | __ | 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 : | __ | | __ | Ville :

☎ :

Couverture santé et mutuelle

Caisse d'affiliation :

N° d'immatriculation : | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | / | _ |

NOM de l'assuré :

Organisme de sécurité sociale :

Mutuelle :

N° adhérent :

Organisme complémentaire :

Contacts familiaux

Personne de confiance :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : | __ | | __ | Ville :

☎ Fixe :

☎ Mobile :

☎ Professionnel :

Personne à prévenir :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : | __ | | __ | Ville :

☎ Fixe :

☎ Mobile :

☎ Professionnel :

VOLET MÉDICAL

Identité et coordonnées du MÉDECIN / SERVICE DEMANDEUR

NOM DU MEDECIN :

NOM DU SERVICE :

☎ : FAX : MAIL :

Motifs de la demande

Objectif(s) :

Professionnels souhaités :

- Kinésithérapeute Diététicienne Pharmacien Orthophoniste
 Ergothérapeute Psychologue Assistante sociale Enseignant en activité physique adaptée

Problématiques actuelles :

Troubles neurocognitifs

L'utilisateur est-il suivi en consultation mémoire ? oui non

☞ Diagnostic, stade :

☞ Nom du Médecin référent :

Dernier MMS : Date __ / __ / ____ Score I ____ I

Perte d'autonomie suite à

Pathologie aiguë

☞ Type :

☞ Nom du Médecin référent / service de prise en charge

AVC

☞ Type :

☞ Nom du Médecin référent

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

☞ Type :

☞ Nom du Médecin référent

Fragilités

Chutes à répétition

Troubles de la marche et de l'équilibre

Dénutrition

Autre(s) :

Autre(s) problématiques, précisez :

Si le patient a été hospitalisé récemment, indiquez dans quel service :

Choix de l'orientation

Prévention de chute et réadaptation à l'équilibre

Rééducation/réadaptation pluri professionnelle

Projet de vie de l'Usager

Maintien à domicile

Placement en institution envisagé

ANTÉCÉDENTS		MÉDECINS RÉFÉRENTS
MÉDICAUX

CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS HABITUELS
<input type="checkbox"/> Cf. dernière ordonnance jointe Sinon, précisez :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
.....

- 

Documents à joindre à la demande

 - Dernier bilan biologique
 - Dernière ordonnance
 - Résultat imagerie cérébrale (si fait) ou lieu de réalisation :
.....
 - MMSE (si fait)
 - Bilan cardiologique et ECG (si fait)
 - Lette 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