

**DEMANDE D'ADMISSION
B. PARTIE MÉDICALE**

A REMPLIR par le médecin prescripteur et à retourner au service des Admissions de l'Établissement de Santé, accompagnée de la partie administrative.

Nom Patient : **Prénom :**

Poids : **Taille :**

Le cas échéant :

- Date d'hospitalisation antérieure :
- Date de l'intervention chirurgicale :

Motif de la demande d'admission à l'établissement de Santé :

Pathologie(s) associée(s) :

Troubles du comportement : OUI / NON, préciser :

Risque suicidaire : OUI / NON

Risque de fugue : OUI / NON

AUTONOMIE	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale		OUI	NON
Marche				Incontinence urinaire		
Toilette				Incontinence anale		
Alimentation				Présence d'escarres		
Habillage				Fauteuil roulant		
Transfert				Décubitus permanent		

Traitements à la date de la demande

Oxygénothérapie	OUI	NON	Pansements	OUI	NON	Perfusions	OUI	NON
-----------------	-----	-----	------------	-----	-----	------------	-----	-----

Médecin traitant :
Coordonnées :

Médecin prescripteur du séjour :
Coordonnées :

A Le

Un compte rendu d'hospitalisation, une lettre détaillée doit impérativement accompagner le patient lors de son admission.