

A remplir par le médecin prescripteur et à retourner au service des admissions, accompagnée de la partie médicale.

A. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

.....

N° de téléphone : Portable :

Date d'admission souhaitée :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	N° DE TELEPHONE

N° de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--

Etes- vous affilié à la CNMSS ? (Caisse d'assurance maladie militaire) OUI – NON

Si non, merci de renseigner le nom et l'adresse de la caisse d'assurance maladie :

.....

Etes-vous bénéficiaire d'une prise en charge à 100% éventuelle ? OUI – NON

A quel titre ? ALD Article 115 Autre, précisez :

Le séjour sollicité est-il en rapport avec l'ALD ? OUI – NON

Etes-vous adhérent à une complémentaire santé (mutuelle) ? OUI – NON

Si oui, merci de renseigner le nom et l'adresse de la complémentaire santé :

.....

La copie d'une pièce d'identité peut être jointe à ce formulaire, à défaut le **document d'identité doit être impérativement présenté lors de l'admission**, ainsi que la carte vitale, la carte de mutuelle et une caution (*chèques ou espèces*) qui seront indispensables au tiers payant des frais de séjour (dans la limite de la prise en charge accordée par ces organismes).

B. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM PATIENT : **PRENOM** :

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 fécale		
Alimentation				Présence d'escarres		
Habillage				Fauteuil roulant		
Transfert				Infirmier(e) libéral		

Traitements à la date de la demande

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

Médecin prescripteur du séjour :

Coordonnées :

Signature/ cachet :

A..... Le

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

C. PARTIE RESERVEE HOPITAL DE JOUR

Date :

Validation équipe pluridisciplinaire :

- Validation médecin :
- Validation IDEC :
- Validation autres intervenants :