



Coordonnateur des admissions : Mme Sabrina KHETTAL
Heures d'admission : 11h à 14h
Tel : 02 62 55 41 41
Fax : 02 62 55 42 30

Mail : secretariatmedical.clo@clinifutur.net

Étiquette

Nom :
Prénom :
Age : H F
Date de naissance :

CETTE DEMANDE D'ADMISSION DOIT ETRE RENSEIGNÉE DANS SA TOTALITE (*) POUR NOUS PERMETTRE DE LA TRAITER RAPIDEMENT ET GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.

Origine du patient * Service Domicile **Date d'admission souhaitée** * / /
Hospitalisé depuis le * / / **Médecin** * :
Etablissement * : **Tél** * : **Fax** * :
Service * : **Médecin traitant (si≠)** * :

Renseignements administratifs sur le patient

Adresse du domicile du patient*		Tel : Mail :
Personne à prévenir * (Nom, Prénom, Adresse)		Tel : Mail :
Personne de confiance * (Nom, Prénom, Adresse)		Tel : Mail :
Référent Linge, Tuteur, ... (Nom, Prénom, Adresse)		Tel : Mail :

Prise en charge du séjour

Numéro de sécurité sociale *		Caisse
<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> démarche en cours	Pays d'origine (hors France) : <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Evacuation sanitaire	
Mutuelle * : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Acc T.	Mutuelle décès <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	
<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> déjà acquise <input type="checkbox"/> démarche en cours	Supplément chambre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Forfait journalier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Informations ADMINISTRATIVES importantes à signaler :

Devenir

Vit seul Oui Non _____ **Retour lieu de vie envisageable** Oui Non
Demande de placement en cours Non Oui _____ **(JOINDRE LE PROJET SOCIAL)**

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles

Appui Autorisé Déficit : NIHSS /42 Barthel /100
Intervention chirurgicale * : Non Oui **Date de l'intervention** * : / /

Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

HTA Diabète AVC : date Dénutrition
 Tabac Alcool Conduites addictives : Actif Sevré

Objectifs Rééducatifs

Le patient est-il connu par une **équipe pluridisciplinaire** ? Non Oui :

Traitement : JOINDRE LA COPIE DE L'ORDONNANCE

Compléments d'informations sur le traitement en cours et sur le traitement habituel

Informations de prise en charge

Capacités fonctionnelles*	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :
Déplacements*	.	.	.	<input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Transferts*	.	.	.	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :
Faire sa toilette*	.	.	.	
Habillage*	.	.	.	
Aller aux toilettes*	.	.	.	<u>Elimination urinaire :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD Elimination fécale : date ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination digestive
Alimentation*	.	.	.	<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : date ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> NasoGast. <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Régime : Texture : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée
Communication				

Soins et équipements	<input type="checkbox"/> Voie veineuse <input type="checkbox"/> S/C <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Patient TRANSFUSE le ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Pansement(s) <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Oxygène (O2) <input type="checkbox"/> Prestataires particuliers :
-----------------------------	--

Portage d'une BMR	<input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif) <input type="checkbox"/> Non recherché <input type="checkbox"/> Oui
--------------------------	--

Infection	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Site de l'infection :
------------------	---

Escarres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Plaie chirurgicale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
-----------------	---	---------------------------	---

Troubles de la conscience	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Glasgow :
----------------------------------	---

Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Déprimé <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Idées noires
-----------------------------	--

Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Amnésie <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> MOCA :
---------------------------	---

Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Contention <input type="checkbox"/> Risque de fugue
---------------------------------	--

Informations complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Statut COVID-19 / testé le :

Consentement du patient ou de l'entourage pour son hospitalisation à la clinique: Oui Non

Demande remplie par :

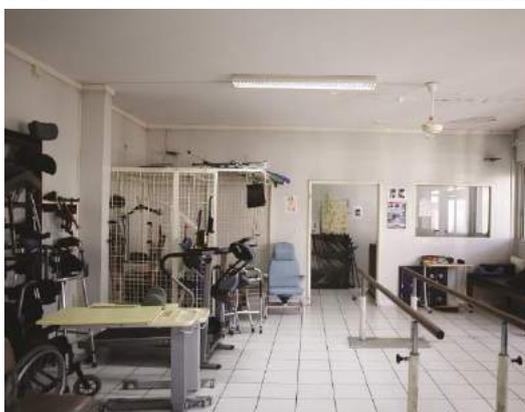
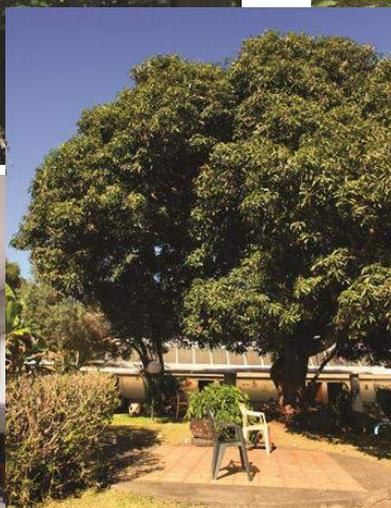
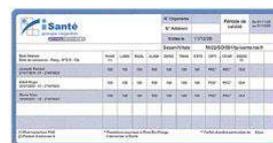
le :

Signature :

Demande reçue le ____ / ____ / ____	Réponse de la Clinique le ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Admission possible le ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Pas de possibilité d'admission
Sous réserve de :	Motif :

PIECES A AMENER A L'ENTREE

- Pièce d'identité
- Carte vitale et attestation carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CMU si vous en êtes bénéficiaire
- Attestation Affection Longue Durée (ALD)
- Comptes rendus d'hospitalisation (courriers détaillés)
- Les résultats d'examens récents



TROUSSEAU DEMANDÉ AUX PATIENTS ADMIS

(Le linge personnel n'est pas entretenu par la Clinique. Merci de prévoir une personne pour le laver)

- Un nécessaire de toilette :

- Savon
- Mousse à raser
- Shampoing
- Dentifrice
- Brosse à dent
- Gants de toilette
- Serviettes de toilette
- Peigne / Brosse
- Protections périodiques pour les femmes



- Pour une semaine minimum :

- Des vêtements de rechange
- Des sous-vêtements
- Un lainage
- Des vêtements de nuit
- Des chaussures / Savates