



Coordonnateur des admissions : Mme Sabrina KHETAL

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 TOTALITÉ (*) 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
☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice	Pays d'origine (hors France) :	
☐ démarche en cours	☐ AME ☐ Evacuation sanitaire	
Mutuelle* :	☐ CMU ☐ Acc T.	Mutuelle décès ☐ Non ☐ Oui :
☐ ALD ☐ déjà acquise ☐ démarche en cours	Supplément chambre ☐ Oui ☐ Non	Forfait journalier ☐ Oui ☐ 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*	.	.	.	☐ Lit strict ☐ Fauteuil ☐ Pas d'appui ☐ Cannes ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant
Transferts*	.	.	.	☐ Lève malade ☐ Matelas de transfert ☐ Autre :
Faire sa toilette*	.	.	.	
Habillage*	.	.	.	
Aller aux toilettes*	.	.	.	<u>Elimination urinaire :</u> ☐ Incontinence ☐ Protection ☐ Etui pénien ☐ Sondages intermittents ☐ SAD <u>Elimination fécale :</u> date ____/____/____ ☐ Incontinence ☐ Protection ☐ Stomie d'élimination digestive
Alimentation*	.	.	.	☐ Troubles de la déglutition ☐ Nutrition parentérale ☐ Nutrition entérale : date ____/____/____ ☐ NasoGast. ☐ Jéjunostomie ☐ Régime : Texture : ☐ Normale ☐ Hachée ☐ Mixée
Communication				

Soins et équipements	☐ Voie veineuse ☐ S/C ☐ CIP ☐ Patient TRANSFUSE le ____/____/____ ☐ Pansement(s) ☐ Trachéotomie ☐ Oxygène (O2) ☐ Prestataires particuliers :
----------------------	--

Portage d'une BMR	☐ Non (dépistage négatif) ☐ Non recherché ☐ Oui		
Infection	☐ Non ☐ Oui : Site de l'infection :		
Escarres	☐ Non ☐ Oui	Plaie chirurgicale	☐ Non ☐ Oui
Troubles de la conscience	☐ Non ☐ Oui : Glasgow :		
Troubles de l'humeur	☐ Non ☐ Oui : ☐ Idées suicidaires ☐ Déprimé ☐ Anxieux ☐ Idées noires		
Troubles cognitifs	☐ Non ☐ Oui : ☐ Amnésie ☐ Troubles du sommeil ☐ MOCA :		
Troubles du comportement	☐ Non ☐ Oui : ☐ Agressivité / violence ☐ Contention ☐ 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 :

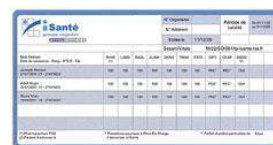
le :

Signature :

Demande reçue le ____/____/____	Réponse de la Clinique le ____/____/____
☐ Admission possible le ____/____/____	☐ 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

Vous pouvez amener votre ventilateur en cas de forte chaleur.