



LES ELEMENTS PORTANT UN ASTERISQUE* DOIVENT ETRE A MINIMA RENSEIGNES POUR NOUS PERMETTRE DE TRAITER LA DEMANDE ET GARANTIR LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Nom* : _____ Prénom* : _____
 Date de naissance* : _____ Age : _____ Sexe : H F
 N° de téléphone* : _____ Mail : _____

Origine du patient* : Service Domicile
 Etablissement* : _____ Médecin* : _____
 Service* : _____ Tel direct du médecin adresseur : _____
 Motif d'hospitalisation initiale : _____ Date d'admission souhaitée* : _____
 Durée d'hospitalisation envisagée : _____

Orientation souhaitée : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

Motif de la demande* :

Projet du patient (objectif de consommation) :

ANTECEDENTS

- Médicaux et chirurgicaux* :

- Addictologiques* :

- Psychiatriques* :

Traitement en cours* : **(JOINDRE COPIE ORDONNANCE)**

Risque de fugue : Non Oui Nursing : Non Partiel Total
 Atteinte cognitive : Non Oui Mobilité : Marche seul Fauteuil roulant Béquilles Déambulateur
 Agressivité / violence : Non Oui Patient SDF : Non Oui
 Informations complémentaires (consultation/examen prévu,...) :

Demande rédigée le* : / / Signature* :

N° de sécurité sociale* : _____ Mutuelle : _____
 Régime social : Régime général CMU ALD / Affections : _____
 Droits à jour : Oui Non En cours Souhaite une chambre particulière
 Suivi social : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Démarche en cours

Réservé CRD

Demande reçue le : _____ Médecin en charge : Dr _____
 Réponse de la clinique le : _____
 Consultation de préadmission le : _____
 Admission le : / / Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
 Pas de possibilité d'admission pour la/les raisons suivantes :

**TROUSSEAU DEMANDÉ AUX PATIENTS
ADMIS A L'INSTITUT ROBERT DEBRÉ**

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



PIECES A AMENER LORS DE SON ENTREE

- Copie Pièce d'identité
- Copie Carte vitale
- Copie Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CMU si vous en êtes bénéficiaire
- Attestation Affection Longue Durée (ALD)
- Ordonnance de traitements
- Comptes rendus médicaux et résultats d'examens récents (de moins d'un an)



La clinique



Les chambres



Le restaurant



Accès

