



Demande d'Admission

Situation administrative (à remplir par le patient)

Nom Prénom Nom de naissance

Né(e) le à Nationalité

Situation de famille Enfants Profession

Adresse

Code Postal Ville Tél fixe

Mail Tél portable

Avez-vous déjà séjourné à Chant'Ours (Chantoiseau/Bois de l'Ours) ? OUI NON

Personne à prévenir Lien de Parenté

Adresse

Code Postal Ville Tél

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : Tutelle Curatelle Habilitation

Personne responsable et coordonnées :

.....

Merci de joindre une photocopie de votre carte d'identité.

Sécurité Sociale (joindre copie de l'attestation de votre Caisse de Sécurité Sociale)

Nom et adresse :

Numéro de sécurité sociale

Mutuelle (joindre copie de la carte)

Nom et adresse :

Médecin traitant

Nom et adresse :

Date de séjour souhaitée :

.....

Quels sont les objectifs de votre hospitalisation de jour ?

.....
.....
.....
.....
.....

J'accepte que l'adresse e-mail communiquée soit utilisée dans le cadre d'une enquête de satisfaction.

Signature du patient

Situation médicale

(à compléter par le médecin)

Un courrier médical, la dernière ordonnance et les bilans éventuels sont demandés à l'entrée.

1- Diagnostic actuel et histoire récente de la maladie motivant la prise en charge :

2- Antécédents médicaux datés :

3- Traitement en cours et soins (pansements compris) :

→ Oxygénothérapie : NON OUI Précisez :

→ Traitement de substitution (méthadone, subutex) : NON OUI

4- Renseignements complémentaires

→ Est-il porteur de BMR (Bactéries Multi-Résistantes) : NON OUI

→ Addictions : NON OUI, quel type d'addiction : sévère non sévère

→ Régime alimentaire : Allergie :

En cas d'allergie alimentaire, des plats industriels prêts à l'emploi seront prescrits au patient, garantissant la maîtrise des 14 allergènes majeurs.

→ Poids : Taille : IMC (Indice de Masse Corporelle) :

5- Objectifs du séjour :

6- Autonomie / Dépendance :

	Alimentation	Toilette	Habillage	Continence	Déplacement	Relationnel Communication
Autonome						
Présence d'un tiers						
Aide partielle						
Aide totale						

Malade adressé par : (cachet du médecin ou du service)

Docteur/Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Code prescripteur/N° Finess :

Date

Signature du médecin