

DEMANDE D'ADMISSION HOSPITALISATION A DOMICILE PÉDIATRIQUE

Tel: 0596 50 29 79 / Fax. 0596 54 98 24

Email: pc-global@clinique-de-la-tour.mssante.fr

pc-global@clinique-de-la-tour.com

Date de la demande : / /

Date d'admission souhaitée : / /



CLINIQUE
DE LA TOUR

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT ET SON REPRÉSENTANT LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe(*) : ☐ F ☐ M

Date de Naissance : / /

Age : _____

N° Sécurité sociale d'affiliation: _____

Tél : _____

Adresse : _____

Code postal: _____

Ville: _____

PARENT(s) REPRESENTANT LEGAL

Nom: _____

Prénom : _____

Lien: _____

Tel: _____

Email : _____

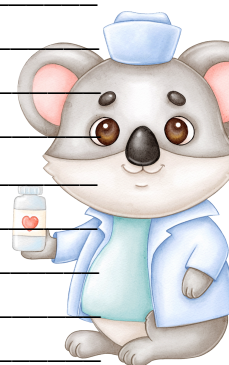
Nom: _____

Prénom : _____

Lien: _____

Tel: _____

Email : _____



INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE

MOTIF DE LA DEMANDE-PROJET DE SOINS PERSONNALISÉS

--

ANTÉCÉDENTS/HISTOIRE DE LA MALADIE/ ALLERGIES

--

INTERVENANTS SOUHAITÉS

- ☐ Psychologue
- ☐ Assistante sociale
- ☐ Masseur Kinésithérapeute
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Diététicienne
- ☐ Autres: _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PC: _____ TAILLE: _____

POIDS DE NAISSANCE: _____

POIDS DE SORTIE: _____

TERME DE NAISSANCE: _____

TERME DE SORTIE: _____

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS, OXYGÈNE, EXAMENS BIOLOGIQUES, RADIOLOGIE...

Infection(s)

☐ Oui ☐ Non

Précisez l'origine et type: _____

Suivi par un réseau / autre

☐ Oui ☐ Non

Précisez l'origine : _____

INFORMATIONS RELATIVES AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Dr

☐ Médecin traitant/pédiatre ☐ Médecin hospitalier

Service hospitalier : _____

Tel : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Accord du médecin traitant pour la prise en charge :

☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin traitant :

Tel : _____

Cocher les informations spécifiques

Prothèses		
Type de soins prévus		

PIECES JOINTES(*) :

- ☐ Ordonnances Traitements
- ☐ Compte rendu d'hospitalisation
- ☐ Ordonnances Examens Biologiques
- ☐ Radiologie /Oxygène...
- ☐ Autre :

Cachet et Signature du demandeur (*)

--