

DEMANDE D'ADMISSION HOSPITALISATION A DOMICILE

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

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

Date de la demande : / /

Date d'admission souhaitée : / /

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT ET SON ENTOURAGE

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe(*) : ☐ F ☐ M

Date de Naissance : / /

N° Sécurité sociale : _____

Tél : _____

Adresse : _____

Code postal: _____

Ville: _____

☐ EHPAD ☐ MAS ☐ Autre : _____

☐ Évaluation anticipée

Patient prévenu: ☐ Oui ☐ Non

Entourage prévenu: ☐ Oui ☐ Non

☐ PERSONNE A PREVENIR

Nom: _____

Prénom : _____

Lien: _____

Tel: _____

Email : _____

☐ PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE

Nom: _____

Prénom : _____

Lien: _____

Tel: _____

Email : _____

INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE

MOTIF DE LA DEMANDE

PROJET THERAPEUTIQUE DÉSIRÉ

ANTÉCÉDENT/HISTOIRE DE LA MALADIE

ÉVOLUTION RÉCENTE

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

☐ Oui ☐ Non

Précisez l'origine : _____

Évaluation de l'autonomie

- 1: Indépendance complète
2: Supervision ou arrangement
3: Assistance partielle
4: Assistance totale

Niveaux	1	2	3	4
Toilette				
Habillage				
Marche				
Alimentation				
Hygiène				
Relation - Communication				
Comportement				

PIECES JOINTES(*) :

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

INFORMATIONS RELATIVES AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Dr _____

☐ Médecin traitant ☐ Médecin hospitalier

Service hospitalier : _____

Tel : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Accord du médecin traitant pour la prise en charge :

☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin traitant :

Tel : _____

Cachet et Signature du demandeur (*)