

FICHE DE DEMANDE D'ADMISSION

Fiche complétée à faxer au 04 92 70 66 88 ou envoyer par mail

sec.med.jgiono@almaviva-sante.com

Nom de naissance (*) :

Date de naissance (*) :/...../.....

Nom d'usage (si différent) (*) :

Adresse (*) :

Sexe (*) :

.....

Prénom (*) :

Téléphone du patient (*) : / / / /

Coordonnées des personnes à prévenir (nom, prénom, téléphone, mail) (*):

.....

Médecin traitant (*) :

N° de sécurité sociale (*) : / / / / / /

Nom de la mutuelle (*) :

Le patient souhaite une chambre seule : Oui Non

Autonomie (cocher la réponse) (*):

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Commentaires
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement			
Expression / compréhension			

Informations complémentaires (cocher la réponse) (*):

	Oui	Non
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection BMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge en soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas à air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Admission

Motif d'entrée (*) :

.....

.....

.....

Traitement personnel (*) : joindre **IMPERATIVEMENT** une copie de l'ordonnance.

Antécédents (*) :

.....

.....

.....

Allergies (s'il y en a) (*) :

Autres informations utiles :

.....

Admission souhaitée le (*) :

Devenir (*) : Retour à domicile Placement EHPAD Autres :

Médecin adresseur (tampon et signature) (*) :

(*) champs obligatoires pour assurer une prise en charge optimale