

**SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION  
POLYVALENTE ET GERIATRIQUE  
Fax : 03.28.58.61.17**

**DOSSIER D'ADMISSION à compléter par le médecin**

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

**COORDONNEES PATIENT - ENTOURAGE**

**Patient**

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : ..... Age : ..... Sexe : F  M   
Adresse , code postal, ville .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

**Assuré :**

Nom : ..... Prénom : .....  
N° Sécurité Sociale : .....  
Caisse ( adresse) : .....  
Mutuelle : .....  
CMU de base  CMU complémentaire  Aide Médicale Etat   
ALD  Laquelle ? : .....

**Référent familial (ou proche à contacter)**

Nom – Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse , code postal, ville .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

**Médecin traitant**

Nom : .....  
Adresse , code postal, ville : .....  
Tél. : .....  
E-mail : ..... E-mail Apicrypt : .....

## DONNEES SOCIALES

Logement : .....

Vit seul (e)  avec conjoint  en milieu familial

Mesures judiciaires de sauvegarde : Oui  Non  En cours

Si oui indiquer le nom et l'adresse du tuteur ou curateur : .....

.....

Invalidité

Demande auprès de la MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées) :

Oui  Non  En cours  Numéro dossier MDPH : .....

Demande d'APA : Oui  Non  En cours

Aides à Domicile :

- APA Oui  Non

- Aides de la CARSAT Oui  Non

Nom de l'assistant social : .....

Devenir envisagé : .....

.....

Projet de retour à domicile : Oui  Non

**Personne de confiance** : Oui  Non

**Nom – Prénom – Coordonnées** : .....

.....

.....

**Directives anticipées** : Oui  Non

Si oui, merci de communiquer une copie de ces directives anticipées.

**Chambre particulière** : Oui  Non

Dans le cas de la chambre particulière, il sera demandé un supplément de 50 € par jour, remboursables selon les conditions de votre mutuelle.

## VOLET MEDICAL

**Etat clinique du patient** : .....

Poids : .....

**Diagnostic principal** : .....

**Type de prise en charge** : Médicale  Pansement  Rééducation

**Diagnostics associés** : .....

**Histoire de la maladie** : (date de début, principaux évènements, traitements reçus...)

.....

.....

**Symptômes physiques**

- |             |                          |              |                          |                        |                          |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Douleur     | <input type="checkbox"/> | Dyspnée      | <input type="checkbox"/> | Troubles hémorragiques | <input type="checkbox"/> |
| Nausées     | <input type="checkbox"/> | Vomissements | <input type="checkbox"/> | Constipation           | <input type="checkbox"/> |
| Diarrhée    | <input type="checkbox"/> | Fièvre       | <input type="checkbox"/> | Occlusion              | <input type="checkbox"/> |
| Convulsions | <input type="checkbox"/> | Prurit       | <input type="checkbox"/> |                        |                          |

**Symptômes organo-psychiques**

- |                   |                          |                |                          |                    |                          |
|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Anxiété           | <input type="checkbox"/> | Insomnie       | <input type="checkbox"/> | Dépression         | <input type="checkbox"/> |
| Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> | Confusion      | <input type="checkbox"/> | Délire             | <input type="checkbox"/> |
| Agitation         | <input type="checkbox"/> | Désorientation | <input type="checkbox"/> | Troubles mnésiques | <input type="checkbox"/> |
| Prostration       | <input type="checkbox"/> |                |                          |                    |                          |

**Bilan infectieux :**

Si le patient est infecté, origine de l'infection : .....

Si identification de bactéries multi-résistantes BMR : .....

Germe : .....

Mesure d'isolement : .....

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est nécessaire avant toute admission. Dans ce cas joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission. Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission.

**Aspects subjectifs**

Que sait le Malade sur sa maladie et/ou son pronostic ? .....

Que sait la Famille sur sa maladie et/ou son pronostic ? .....

Existence d'un entourage familial ou amical ? Oui  Non

Problématiques de la famille et de son entourage ?

- Enfant en bas âge
- Conjoint dépendant
- Conflit au sein de la famille
- Isolement social
- Absence d'aide à domicile

**Nom de la personne signataire :**

**Joindre :**

- Le traitement médical obligatoirement**
- Le volet 3 du protocole de soins**

Dernière page à remplir par le patient/la famille : motif de la demande, et souhait

Tournez svp

A large rectangular area with a dotted grid pattern, intended for handwritten text.