DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Tél : 04.91.98.10.27

Fax : 04.91.98.63.60

E-Mail : contact@clinique-sainte-marthe.fr

|  |  |
| --- | --- |
| * **Demande pour:**

□ Hospitalisation Complète □ Hospitalisation De Jour □ Hospitalisation De Nuit | * **Nom du Médecin demandeur :**
* **Etablissement demandeur :**
 |
|  **Cadre réservé à l’établissement** □ Refus de l’admission □ Validation de l’entrée : le : ……./………/………….□ Confirmation date d’entrée : le : ……/…../……  |  Signature du médecin : |

**RENSEIGNEMENTS SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS**

* Nom de jeune fille : Nom d’épouse :………………………………………
* Prénom : ……………………………………………………..
* Date de naissance : Lieu : …………………………………………………….
* Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Téléphone :………………………………………………….
* Situation Familiale\* : Célibataire – Mariée – Pacsée – Divorcée – Veuve
* Nombre d’enfant à charge :……………………….
* Ressources Financière\* : Salariée – Retraitée – RSA – AAH - Indemnités Journalières

**MESURE DE PROTECTION**

□ OUI

□ NON

* SI OUI : □ Tutelle

□ Curatelle

□ Autre

* Coordonnées du tuteur ou curateur :
	+ Nom :………………………………
	+ Téléphone :……………………………………….
	+ Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PROTECTION SOCIALES**

* N° de sécurité sociale : ……………………………………………………………………………………………………………..
* Adresse du centre de paiement : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Nom de la mutuelle : ……………………………………………………………..
* Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(Joindre une copie de l’attestation de droit)*
* CMU : □ OUI

□ NON

* Personne à prévenir :

Nom : ………………………………………….

Lien de parente :…………………………

Adresse:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Provenance de la patiente :…………………………………………………………………………………………………………

**Renseignements médicaux**

* Motif de demande d’admission :
* Pathologies associées :
* Diagnostic actuel motivant la prise en charge :
* Histoire de la maladie :
* Antécédents médicaux /chirurgicaux :
* Traitement actuel :
* Objectifs :

**Evaluation de l’autonomie**

**Obligatoire si demande d’HOSPITALISATION COMPLETE**

* Aide à la toilette : □ NON □ OUI
* Déplacement : □ Autonome □ Aides à la marche □ Fauteuil
* Alimentation : □ Autonome □ Avec aide □

-Régime : □ NON □ Oui, préciser :……………………….

* Elimination : □ Continent □ Incontinence
* Prothèses : □ NON □ Oui, préciser :……………………….
* Porteur de BMR : □ NON □ Oui, préciser :……………………….
* Patiente Douloureuse : □ NON □ Oui, préciser localisation et traitement

:…………………………………………………………………

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

**Toutes les demandes doivent IMPERATIVEMENT être accompagnées d’une photocopie de l’attestation de Mutuelle et de la photocopie de l’attestation de la carte vitale/ou la photocopie de la carte vitale.**

**SIGNATURE (Cachet du Médecin ou du Service) :**