

Ce document rempli avec soin, servira à l'amélioration de la prise en charge du patient au moment de l'admission.

Demande établie pour
(NOM/Prénom du patient) :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :
(ville, code postal)

Nombre d'enfants :

Situation familiale :

Cochez la case appropriée

Marié (e)

Veuf (e)

Divorcé (e)

Célibataire

Vie maritale

Domicile actuel (Adresse précise) :

Numéro de téléphone :

Référent du dossier d'admission, la demande a été établie par : Cochez la case appropriée

Le patient

NOM :

Prénom

Adresse :

Une autre personne

Téléphone :

Lien de parenté :

Un établissement

Nom de la personne qui a constitué le dossier :

Etablissement :

Téléphone :

Conditions de vie antérieure à l'hospitalisation : Cochez la case appropriée

Domicile

Etages, sans ascenseur

Foyer logement

Domicile des enfants

Autre, précisez :

Aides en place avant l'hospitalisation :

Service de soins infirmiers à domicile

Hospitalisation à domicile

Aide ménagère Portage des repas

APA ; Combien d'heures : _____

Autre, précisez :



Conditions de vie antérieure à l'hospitalisation : Cochez si besoin

Protection de justice Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle

Nom, coordonnées de la personne mandatée :

Projet de sortie, précisez : Retour à domicile Pas de retour à domicile possible

Si pas de retour à domicile possible, indiquez :

Le type d'établissement recherché :	Les Noms des établissements contactés :	Les démarches en cours :
<input type="checkbox"/> Foyer logement		
<input type="checkbox"/> E.H.P.A.D. :		

Renseignements de sécurité sociale : Joindre la photocopie de l'attestation « papier de la sécurité sociale ou reportez ci-dessous les renseignements demandés. Ces renseignements figurent sur l'attestation papier.

Ne pas faire la photocopie de la « carte navette »

Adresse du centre de sécurité sociale :

Organisme d'affiliation	Code gestion	N° de sécurité sociale
- - - - -	- - - / - - / - -	- - - - - - - - - - - / - -

Le patient est-il à 100 % pour :

- Une Affection longue durée
 En Invalidité
 Autre, précisez :

Le patient est-il affilié à une mutuelle :

- Oui
 Non

Si oui, NOM de cette mutuelle :

Le patient bénéficie-t-il de la

- C.M.U. :
 Oui
 Non

Les documents de demande d'admission intitulés « informations médicales » et « fiche administrative » doivent être adressés, sous pli confidentiel à :

Pôle Accueil Admission
Soins de Suite et de Réadaptation.
Le Château du Tillet
60660 CIRES-LES-MELLO

Ou par FAX au 03.44.61.44.05

N° de téléphone du service des admissions : 03.44.61.45.09