

DEMANDE D'ADMISSION

Contacter : Me Nicole GONCALVES,

Email : admission@villiers.clinalliance.fr

/ Fax : 01.60.15.54.12

/ Tél : 01.69.46.70.00

Cachet de l'établissement Adresseur :

**JOINDRE : ATTESTATION VITALE
+ COMPTE-RENDU OPERATOIRE
+ ORDONNANCES MEDICALES EN COURS**

**UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS EN
CONSIDERATION**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS PATIENT➤ **Etat civil**

Nom.....Née.....Prénom.....

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

Adresse.....

Téléphone.....Email.....

➤ **Lien avec l'assuré** conjoint autre membre de la famille enfant personne vivant maritalement avec l'assuré➤ **Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom.....Prénom.....Téléphone.....

Lien de parenté avec le patient.....

➤ **Mutuelle**

Nom.....Adresse.....

N° d'immatriculation.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION➤ **Admission envisagée à partir du**/...../..... En hospitalisation complète En hospitalisation de jour**Demandée par :**

Service.....

Médecin.....

Surveillante.....

Assistante sociale.....

➤ **Admission en rapport avec** un acte supérieur à K 50 en date du/...../..... une ALD un accident en date du/...../..... un accident de travail en date du/...../..... (joindre les papiers d'accident du travail) un transfert depuis un établissement hospitalier (joindre un bulletin de situation)£

Date d'entrée :/...../..... Sortie prévue le :/...../.....

➤ **Le patient souhaite :****ATTENTION : prendre connaissance des tarifs des chambres particulières sur www.clinalliance.fr** une chambre particulière : Confort (65€) Grand Confort (80€) Prestige (125€) SUITE Internationale En hospitalisation de jour (45€) une chambre à 2 lits

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➤ **Motif de la demande** : (CLINALLIANCE SPORT ?)

➤ **Antécédents personnels** :

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Allergies - précisez : |
| <input type="checkbox"/> H.T.A | <input type="checkbox"/> Cardio-Vasculaire – Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Phlébites | <input type="checkbox"/> Autres : |

➤ **Bilan médical** :

Type et date d'intervention :

Suites opératoires :

Traitements en cours :

Régime en cours :

➤ **Degré de dépendance** :

Participation Normale
 Altéré
 Difficile

Comportement Adapté
 Désorienté
 Violent
 Dépressif

Compréhension Normal
 Altéré
 Difficile

Parole Normale
 Aphasie

Audition Normale
 Appareillage
 Surdité

Vision Normale
 Appareillage
 C civit 

Alimentation Autonome
 Aide partielle
 Aide totale
 Régime :

Habillage Autonome
 Aide partielle
 Aide totale

Toilette Autonome
 Aide partielle
 Aide totale

Incontinence urinaire Jamais
 Partielle
 Totale
 Sonde
 Poche d'urétérostomie

Incontinence anale Jamais
 Partielle
 Totale
 Poche de colostomie
type :

Respiration Normale
 Oxygène
 Aérosols

Marche Sans aide
 Cannes/déambulateur
 Avec tierce personne
 Appui autorisé
 Sans appui pendant :

Contention Plâtre
 Fixateur externe
 Bas à varices/bandes

Etat cutané Normal
 Risque escarre
 Pansement

DEVENIR :

Retour à domicile Maison de retraite : **PRECISER LES DEMARCHES DEJA ENGAGEES** :

Autre :