



DEMANDE D'ADMISSION

DOC 2.1.24.12073.0 du 01/12/2022

Responsable des admissions : Téléphone 05 62 71 39 32 | mrc.chateau@monie.fr

■ Identification du patient

Nom : _____

Sexe : M F

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Domicile / lieu de vie : _____

Tél : _____

Mail : _____

Patient isolé : Oui Non

Personne à prévenir : _____

Lien : _____

Tél : _____

Mail : _____

Mesures de protection : Oui Non

Je ne sais pas

Curatelle

Tutelle :

Mandataire : _____

Tél : _____

Mail : _____

■ Entourage médical / paramédical / social

Nom du médecin traitant : _____

Tél : _____ Mail : _____

Nom IDE libéral : _____

Tél : _____ Mail : _____

Autre intervenant : _____

Tél : _____ Mail : _____

Alerte : informations majeures à connaître

■ Autonomie du patient

Toilette : Oui Non Partielle

Habillage : Oui Non Partielle

Marche : Oui Non Partielle

Manger : Oui Non Partielle

Continence : Oui Non Partielle

Aller aux toilettes : Oui Non Partielle

Troubles cognitifs : Oui Non

Déambulant : Oui Non

■ Projet à l'issue du séjour

Retour à domicile EHPAD Autre : _____

■ Statut vaccinal COVID-19

Non vacciné Vacciné 1 dose 2 doses 3 doses Vaccin : _____

▪ **Motif d'hospitalisation et antécédents médicaux**

Service demandé : Médecine SSR Polyvalent Répit Autre : _____

▪ **Traitements**

Ordonnance jointe : Oui Non Liste de médicaments complète : Oui Non

Date : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Fonction : _____

Signature :