



DEMANDE D'ADMISSION

DOC 2.1.12073.2 du 01/08/2024

Téléphone Responsable des admissions : 05 62 71 39 32

Mail pour une admission en **médecine court séjour** : admissions.medecine@monie.fr

Mail pour une admission en **rééducation** : admissions.reeducation@monie.fr

■ Identification du patient

Nom usuel : _____ 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 : _____
Habilitation familiale : Oui Non

■ 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
Taille : _____ Poids : _____

■ Projet à l'issue du séjour

Retour à domicile EHPAD Autre : _____

■ Prise en charge

Numéro de sécurité sociale : _____
Bénéficiaire C2S : Oui Non
Demande de chambre individuelle : Oui Non

Clinique MONIÉ

Route de Revel - 31290 Villefranche de Lauragais

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

Type d'hospitalisation demandé : HDJ HC Répit

Service demandé : Médecine SMR PAP/Polyvalent SMR locomoteur SMR neurologique

Autre : _____

▪ **Traitements**

Ordonnance jointe : Oui Non

Liste de médicaments complète : Oui Non

Date : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Fonction : _____

Signature :