



# DEMANDE D'ADMISSION

DOC 2.1.12073.1 du 06/03/2024

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

▪ **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 :