



DEMANDE D'ADMISSION

Médecine court séjour

DOC 2.1.12073.3 du 08/01/2025

Téléphone Responsable des admissions : 05 62 71 49 36

Mail : admissions.medecine@monie.fr

- **Identification du patient**

Nom usuel : _____

Sexe : M F

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Domicile / lieu de vie : _____

Tél : _____

Mail : _____

- **Motif d'hospitalisation**

- **Antécédents médicaux**

- **Entourage médical / paramédical / social**

Nom du médecin traitant : _____

Tél : _____ Mail : _____

Nom IDE libéral : _____

Tél : _____ Mail : _____

Alerte : informations majeures à connaître

- **Autonomie du patient**

Aide totale Aide partielle Autonome

- Taille : _____ Poids : _____

- **Projet à l'issue du séjour**

Retour à domicile SMR Autre : _____

Clinique MONIE

Route de Revel - 31290 Villefranche de Lauragais

▪ **Traitements**

Ordonnance jointe : Oui Non

Liste de médicaments complète : Oui Non

Date : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Fonction : _____

Signature :