

- par Fax : 0562914995 (1^{er}) ou 4904 (2^{ème})
- ou par mail à : entree@hopital-le-montaigu.com
 - 1^{er} étage : service RRF et SMR
 - 2^{ème} étage : service SMR

Date de la demande :

Date souhaitée d'admission :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Le patient :

Nom patronymique :

Prénom :

Né (e) le : à

Adresse du patient :

.....

.....

.....

N° téléphone du patient :

N° de téléphone de la personne à prévenir :

Lien de parenté :

Caisse d'affiliation :

Mutuelle :

N°SS :

Bénéficiaire CMU : ☐ Oui, date de fin de la prise en charge : ☐ Non

Le demandeur :

Nom du médecin demandeur :

Nom du médecin traitant :

Domicile :

Nom du curateur/tuteur :

N° de téléphone :

Pharmacie de ville du patient :

IMPORTANT : Vos cartes d'identité, mutuelle et vitale sont nécessaires lors de votre admission.
Merci de les présenter à ce moment-là.

CONDITIONS DE VIE AVANT HOSPITALISATION

☐ veuf(ve) ☐ marié (e) ☐ célibataire ☐ divorcé (e) ☐ pacsé ☐ vit seul ☐ vit en famille

☐ protection juridique, si oui précisez :

☐ Suivi psychiatrique et ou psychologique, si oui précisez :

Dernière profession exercée :

Situation actuelle : ☐ salarié ☐ retraité ☐ profession indépendante ☐ sans emploi ☐ autre

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (VENIR AVEC VOTRE DERNIERE ORDONNANCE MEDICALE et LE COURRIER DE VOTRE MEDECIN TRAITANT JUSTIFIANT LA DEMANDE DE SEJOUR)

Motif d'hospitalisation :

.....

Pathologies associées :

Objectifs thérapeutiques :

.....

Traitements médicamenteux en cours (ou photocopie du traitement en cours) :

.....

.....

Poids : Allergies connues :

Régime particulier (sans sel, sans porc, diabétique,...) :

PROJET DE SORTIE :

- ☐ Retour à domicile simple ☐ Organisation de placement (EHPAD/USLD, famille d'accueil)
☐ Retour domicile avec aides ☐ HAD
☐ Intervention du service social déjà en cours (joindre fiche) ☐ autre :

Observations :

SOUHAIT CONCERNANT LA CHAMBRE :

- ☐ Chambre particulière ☐ Chambre double

LINGE DE TOILETTE/LINGE DE CORPS:

Serviettes de toilette, gants, serviettes de table, chemises de nuit ou pyjamas, petite lingerie, ne sont pas fournis par l'Hôpital. Possibilité d'acheter un pack nécessaire de toilette et/ou serviettes de bain et gants.

Une laverie est à votre disposition.

CAPACITE ET AUTONOMIE DE LA PERSONNE :

Toilette/habillage	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Mobilité / transfert	☐ Valide	☐ Station assise	☐ Avec aide partielle	☐ Aide totale
Aide technique	☐ Canne	☐ Déambulateur	☐ Fauteuil roulant	
Comportement	☐ Cohérent	☐ Confus	☐ Agité	☐ Contention physique
Orientation	☐ Orienté	☐ Déambulant	☐ Fugueur	
Prise des repas	☐ Autonome	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Alimentation	☐ Normale	☐ Fausse route	☐ Sonde gastrique	☐ Dénutrition
Elimination urine	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ Sonde urinaire	☐ Stomie
Elimination selles	☐ Continence	☐ Incontinence	☐ Stomie	
Respiration	☐ Autonome	☐ Dyspnée	☐ Oxygène ☐ Ventilation	☐ Trachéo
Communication	☐ Cécité	☐ Surdité	☐ Appareillage, lequel :	
Autres	☐ BMR	☐ Plaies	☐ Escarres	
Soins techniques	☐ Perfusion	☐ Port à cath	☐ Pansements complexes	☐ Autres
Séances de kinésithérapie	☐ Rééducation fonctionnelle spécifique. Préciser :			☐ Réadaptation
Douleur	☐ Pompe à morphine	☐ Matelas anti escarre		☐ Autres

Observations diverses :

Signature et cachet du médecin du service demandeur :