Centre Médical La Durance
Quartier les boulangeons, 05130 TALLARD
Tel : 04.92.54.80.00 / Fax : 04.92.54.80.60 / Mail : dir.soins@ladurance.fr

DEMANDE D'ADMISSION

(à adresser au service des admissions par mail, fax, ou courrier)

NOM USUEL : Patient déjà venu ? oui / non	NOM DE NAISSANCE :	PRENOM :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	Age :
Date de la demande :	Date d'entrée souhaitée :	Date d'hospit. initiale :
DEMANDEUR :	Coordonnées du demandeur : Adresse : Téléphone :	

VOLET MEDICAL ET PARA MEDICAL

MOTIF D'ADMISSION :

ANTECEDENTS :

TRAITEMENTS EN COURS :

ETAT GENERAL :

Poids : kg. Taille : m.

BILAN INFECTIEUX :

Mesure d'isolement : oui / non

REGIME ALIMENTAIRE :

Texture : normale / hachée / mixée

AUTONOMIE :

Toilette : aide complète / aide partielle / installation / autonomie / ……

Alimentation : aide complète / aide partielle / installation / autonomie / ……

Déplacement : aide complète / aide partielle / installation / autonomie / ……

Transfert : aide complète / aide partielle / installation / autonomie / ……

VOLET SOCIAL :

PATIENT

Né(e) le : à Age : ans Sexe : H / F

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

PERSONNE A PREVENIR

Mme / M :

Lien avec le patient :

Adresse :

Téléphone :

SITUATION DE FAMILLE :

vit seul(e) / avec conjoint / en milieu familial / en structure collective / autre : ……

MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE :

sauvegarde / curatelle / tutelle

Mise en place / en cours / autre : ……

DEVENIR ENVISAGE :

Retour à domicile envisagé : oui / non