DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 1/2

ylang ylang
CLINIQUE DE RÉADAPTATION

| **Fax** : 02 62 42 89 88 | **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr
| **E2** : admission@clinique-ylang.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : ☐ H ☐ F

☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation de jour

☐ Consultation pré-admission

Hospitalisé depuis le : / / **Date d'entrée souhaitée :** / / **Etablissement :**

Tel : **Service :** **Médecin :**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile :	**Tel :** **Mail :**
Personne à prévenir :	**Tel :**
Mesures de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Démarche en cours	

PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Numéro de sécurité sociale :		**Caisse :**
Pays d'origine (Hors France) : ☐ AME		
Mutuelle : ☐CSSM ☐ Accident de travail	**Forfait journalier :** ☐Oui ☐ Non **Supplément chambre seule** : ☐Oui ☐ Non	**ALD :** ☐Oui ☐ Non ☐ Déjà acquise ☐ Démarche En cours

DEVENIR

Vit seul : ☐ Oui ☐ Non : ..... **Retour sur lieu de vie envisageable** : ☐ Oui ☐ Non

Demande de placement en cours : ☐ Non ☐ Oui ..... (Faxer le projet social)

☐ Autre(s), précisez :

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE, DIAGNOSTIC ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

Date de l'intervention chirurgicale : / /

☐ Appui autorisé

ANTÉCEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

☐ HTA ☐ AVC ☐ DIABETE ☐ DENUTRITION ☐ TABAC ☐ ALCOOL

☐ Autre(s), précisez:

Cadre réservé à l'administration

Staff 1 : Date : / / Suivi Ylang avec Dr.....

Réponse :

☐ Consultation avec Dr..... ☐ Demande CR et examens complémentaires

☐ Accepté → délai d'admission ☐ <1sem ☐ 2 sem ☐ 4 sem ☐ Liste d'attente

Staff 2 : Date : / /

☐ HC – N ☐HDJ – N
☐ HC-L ☐ HDJ – L
☐ HC-G ☐ HDJ - G

DEMANDE D'ADMISSION

PAGE 2/2

ylang ylang
CLINIQUE DE RÉADAPTATION

| **Fax** : 02 62 42 89 88
| **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr
| **E2** : admission@clinique-ylang.com

MOTIF DE LA DEMANDE/OBJECTIFS REEDUCATIFS

Le patient est-il connu d'une équipe pluridisciplinaire ? ☐ Non ☐ Oui :

Traitement en cours (si besoin joindre ordonnance)

Portage d'une BMR : ☐ Oui ☐ Non (dépistage négatif) ☐ Non recherché

Infection : ☐ Non ☐ Oui, site de l'infection :

☐ **Escarres :** ☐ **Plaie chirurgicale :**

☐ **Voie veineuse** ☐ **S/C**

☐ **Dispositifs particuliers (chambre implantable, gastrostomie, trachéotomie, PICC-LINE…)** :

Capacité fonctionnelles	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire : ☐ **Kinésithérapie en cours**
Déplacements	☐	☐	☐	☐ Lit strict ☐ Fauteuil ☐ Pas d'appui ☐ Cannes ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant
Transferts	☐	☐	☐	☐ Lève malade ☐ Matelas de transfert ☐ Autre :
Faire sa toilette	☐	☐	☐	
Habillage	☐	☐	☐	
Aller aux toilettes	☐	☐	☐	Elimination urinaire : ☐ Incontinence ☐ Protection ☐ Etui pénien ☐ Sondages intermittents ☐ SAD, Date : / / Elimination Fécale : ☐ Incontinence ☐ Protection ☐ Stomie d'élimination digestive
Alimentation	☐	☐	☐	☐ Trouble de la déglutition ☐ Nutrition entérale : ☐ NasoGast. ☐ Jéjunostomie ☐ Régime : Date : / /
Communication				
Troubles de la conscience*	☐ Non	☐ Oui		
Troubles de l'humeur	☐ Non	☐ Oui	Détails :	
Troubles cognitifs	☐ Non	☐ Oui	Détails :	
Troubles du comportement	☐ Non	☐ Oui	Détails : ☐ Risque de fatigue ☐ Agressivité / violence ☐ Confusion ☐ Contention	

Informations médicales complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Consentement du patient ou de la famille pour son transfert ? ☐ OUI ☐ NON

Demande remplie par : **Le : / /**

Signature : **Tampon du médecin :**