

DEMANDE D'ADMISSION

PROGRAMME ONCO-RÉADAPTATION

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

- ☐ Hospitalisation de jour ☐ Consultation pré-admission
- ☐ Hospitalisation complète

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE : ☐ H ☐ F

Médecin demandeur :

Tel :

Mail :

Oncologues référents :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile :	Tel :
	Mail :
Personne à prévenir :	Tel :
Numéro de sécurité sociale :	Caisse :
Mutuelle :	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail	<input type="checkbox"/> Déjà acquise
	<input type="checkbox"/> Démarche En cours

HISTOIRE CLINIQUE RÉSUMÉE

Date de découverte :

Localisation :

Traitement : ☐ Chirurgie ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Immunothérapie

Demande de prise en charge : ☐ Avant traitement onco ☐ Pendant traitement ☐ Après traitement

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 : / /

☐ HDJ - N ☐ HC - N

☐ HDJ - L ☐ HC - L

☐ HDJ - G ☐ HC - G

DEMANDE D'ADMISSION

PROGRAMME ONCO-RÉADAPTATION

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

OBJECTIFS DE RÉÉDUCATION

☐ **Cocher si urgence (prise en charge à faire avant intervention ou autre)**

Prestataires : IDE / Diététicien(ne) : Noms :

- ☐ O2CM ☐ Axdom
- ☐ Capvital ☐ Autre :
- ☐ Seprodom

Traitements en cours :

-
-
-
-
-

Demande remplie par :

Le : / /

Signature :

Tampon du médecin :