

DEMANDE D'ADMISSION PROGRAMME ONCO-RÉADAPTATION

PAGE 1/2



| **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 :

SEXÉ : 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"/> Déjà acquise <input type="checkbox"/> Démarche En cours
	<input type="checkbox"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail

HISTOIRE CLINIQUE RÉSUMÉE

Date de découverte :

Localisation :

Traitements: 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: / /

<input type="checkbox"/> HDJ - N	<input type="checkbox"/> HC - N
<input type="checkbox"/> HDJ - L	<input type="checkbox"/> HC - L
<input type="checkbox"/> HDJ - G	<input type="checkbox"/> 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)

[Large empty rectangular box]

Prestataires : IDE / Diététicien(ne) : Noms :

- O2CM Axdom
- Capvital Autre :
- Seprodom

Traitements en cours :

-
-
-
-
-

Demande remplie par :

Le : / /

Signature :

Tampon du médecin :