

Dossier de demande d'admission

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint les documents nécessaires à une demande d'admission au sein de notre établissement.

Merci de nous renvoyer les documents suivants afin que notre équipe pluridisciplinaire examine votre dossier en vue d'une date d'admission :

- Questionnaire médical (A) : à remplir par le médecin
- Demande d'admission (B) : à remplir par le patient
- Fiche de désignation de personne de confiance : à remplir par le patient et la personne de confiance en 3 exemplaires

Vous trouverez deux autres documents informatifs :

- Eléments nécessaires pendant le séjour (IT 021)
- Dépliants de l'établissement

Théraé, Centre Médical reste à votre disposition pour tout complément d'information. L'équipe d'admission reprendra contact avec vous dès réception de votre dossier afin d'organiser une date de séjour.

Pour rappel, les entrées en hospitalisation complète s'effectuent le mardi après-midi pour un séjour moyen d'une durée de 3 à 5 semaines.

3. **Handicaps** : Surdité Cécité Incontinence

4. **Activité physique**

Le patient fait-il des activités physiques Oui Non

Si oui, lesquelles :

A quel rythme :

Comportement

1. **Le patient présente-t-il une maladie psychiatrique**

Oui Non

Si oui, Syndrome dépressif
Troubles bi-polaires
Schizophrénie
Autre :

Est-il suivi par un psychiatre : Oui Non

Si oui, préciser ses coordonnées :

Est-il suivi par un(e) psychologue : Oui Non

2. **Troubles actuels** :

- Anxiété
- Troubles dépressifs
- Agitation possible
- Agressivité potentielle
- Désorientation
- Troubles de la mémoire

Le patient -il apte à la vie en collectivité : Oui Non

Est-il capable de suivre les cours d'éducation nutritionnelle : Oui Non

Est-il capable de suivre les activités physiques Oui Non

date et signature du médecin :

Cachet :

JOINDRE IMPERATIVEMENT

1) **Photocopie de la carte d'identité**

2) **Photocopies des ordonnances de tous les traitements en cours**

3) **Compte rendu de consultation cardiologique :**

→ Pour les patients diabétiques et/ou avec un antécédent de cardiopathie ischémique (*infarctus du myocarde*) :

Compte-rendu de la consultation cardiologique **datant de moins d'1 an avec épreuve d'effort** (ou **test d'ischémie myocardique**)

→ Pour les patients ayant une pathologie cardiaque autre :

Compte-rendu de la consultation cardiologique **datant de moins de 2 ans**

DEMANDE D'ADMISSION (à remplir par le patient)

Nom : Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance : ____/____/____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubinage Séparé(e) Veuf(e)

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Tél Domicile : Portable :

Profession : Nationalité :

Mail :

Période d'entrée souhaitée : Souhait de chambre seule**Couverture sociale :** *(joindre une photocopie de votre attestation)*

Caisse d'Assurance Maladie :

Adresse :

N° Sécurité Sociale :

Couverture complémentaire : *(joindre une photocopie de votre attestation)*

Mutuelle :

Adresse :

Médecin Prescripteur : Nom : Tél :Précédents séjours à Théraé Centre Médical : *(préciser date et durée du séjour)*.....
.....
.....
.....**Correspondant administratif :** époux(se) père-mère tuteur curateur

Nom : Prénom : tél :

Adresse :

Si le placement est demandé par (Assistante sociale, Centre Hospitalier, Etablissement médicalisé, autre) indiquer les coordonnées :

.....
.....
.....

Pour accepter votre entrée, la commission d'admission a besoin de renseignements confidentiels sur votre état de santé :

Utilisez-vous un appareil pour respirer la nuit ?	<input type="checkbox"/>	OUI		
.....	<input type="checkbox"/>	NON		
Etes-vous incontinent	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Si oui, combien par jour : * _____			combien par nuit : * _____	
Avez-vous un suivi psychologique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Vous déplacez-vous avec un fauteuil, des cannes ou des béquilles ? **	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Pouvez-vous monter des escaliers ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Pouvez-vous lacer vos chaussures ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Avez-vous une activité physique régulière (marche, gym, vélo, ...) ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Avez-vous besoin d'une aide :				
pour la toilette :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
pour les repas :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Avez-vous des interdits alimentaires (religion, allergies, ...) ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

1) m'engage :

- à respecter le règlement intérieur en vigueur dans l'Etablissement
- à fournir la prise en charge de mutuelle des frais de séjour ou, à défaut, à régler une fois par semaine.

2) d'une façon générale :

- je dégage la responsabilité de l'Etablissement en cas d'accident indépendant de ses attributions ou suite à un manquement au règlement intérieur
- j'accepte les soins, les examens et le traitement prescrits par les médecins de l'établissement
- j'adhère au Contrat de Soins qui m'a été adressé
- je suis averti(e) que je dois participer à tous les cours théoriques et pratiques ainsi qu'aux activités physiques proposées

(Mentionner « Lu et approuvé ») Date et signature :