

## 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  
*(avec photocopie des ordonnances et compte-rendu de consultation cardiologique récente si besoin)*
- Demande d'admission (B) : à remplir par le patient  
*(avec photocopie des attestations sécurité sociale et mutuelle)*

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 ?  OUI  
..... NON

Etes-vous incontinent  OUI  NON  
Fumez-vous ?  OUI  NON  
Si oui, combien par jour : \* \_\_\_\_\_ combien par nuit : \* \_\_\_\_\_

Avez-vous un suivi psychologique ou psychiatrique ?  OUI  NON

Vous déplacez-vous avec un fauteuil, des cannes ou des béquilles ? \*\*  OUI  NON

Pouvez-vous monter des escaliers ?  OUI  NON

Pouvez-vous lacer vos chaussures ?  OUI  NON

Avez-vous une activité physique régulière (marche, gym, vélo, ...) ?  OUI  NON

Avez-vous besoin d'une aide :  
pour la toilette :  OUI  NON  
pour les repas :  OUI  NON

Avez-vous des interdits alimentaires (religion, allergies, ...) ?  OUI  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 :