



CLINALLIANCE

SMR

DEMANDE D'ADMISSION

CLINALLIANCE Etampes
26, avenue Charles de Gaulle
91150 ETAMPES
Tel : 01.81.22.08.40

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de bien vouloir nous adresser l'intégralité du présent dossier ainsi qu'une copie de votre : Carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour

- Carte de mutuelle complémentaire
- Attestation de sécurité sociale
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)
- Si disponible : Compte rendu d'hospitalisation, opératoire, d'imagerie, biologie
- Ordonnance précisant le type d'hospitalisation (HC ou HDJ)

UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN CONSIDERATION.

Lors de votre arrivée, vous devrez impérativement être muni des documents listés ci-dessus.

Par email : admission@etampes.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Etampes – 23 avenue Charles de Gaulle – 91150 ETAMPES

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM.....

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FAX \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Email ..... @.....

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Table with 2 columns: Date d'admission envisagée, En hospitalisation de jour (HDJ). Includes checkboxes for Locomoteur, Système nerveux, and Gériatrie.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le patient

NOM ..... Né(e) ..... Prénom .....

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance .....

Adresse postale .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Email ..... @.....

Numéro de sécurité sociale / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mutuelle

Nom ..... Numéro de contrat .....

Adresse postale .....

Code postal ..... Ville .....

Protection juridique  Non  Oui -  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

Demande en cours

Nom et coordonnées du représentant légal .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à remplir par le médecin prescripteur)

Admission en rapport avec :

- Une Affection Longue Durée (ALD) .....
- Un transfert depuis un établissement de santé (joindre un bulletin de situation)
- Un accident de travail en date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (joindre une copie de la déclaration d'AT)
- Un acte CCAM > 120 € en date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motifs de la demande et historique de la maladie

Antécédents

- Diabète
- H.T.A
- Phlébites
- COVID-19
- BMR
- Hospitalisation à l'étranger au cours de l'année précédente
- Allergies : .....
- Cardio-vasculaire : .....
- Conduite addictive : .....
- Autres : .....

Statut vaccinal contre le COVID-19 :  Complet  Débuté  Non débuté

Autonomie

	Autonome	Installation	Aide Partielle	Aide totale	Précisions
Toilette					
Habillage					
Alimentation					<input type="checkbox"/> Alimentation parentérale
Déplacements					<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Aide technique ..... <input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit
Continence					<input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Poche de colostomie

	Adaptée	Troubles mineurs	Complexe	Précisions
Compréhension				
Communication				<input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> Aphasie
Comportement				<input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Déambulant <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Dépressif

Personne à prévenir

NOM ..... Prénom ..... Lien .....

Adresse postale .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_