



CLINALLIANCE

SMR

DEMANDE D'ADMISSION

CLINALLIANCE Massy

33 rue du Saule Trapu

91300 Massy

Tel : 01 88 81 00 90

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 la demande d'hospitalisation de jour (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@massy.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Massy 33 rue du Saule Trapu 91300 Massy

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM.....

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Date d'admission envisagée	En hospitalisation de jour (HDJ)
____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> LOCOMOTEUR

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

.....

.....

.....

En cas d'intervention chirurgicale : Prise en charge pré-opératoire Prise en charge post-opératoire

Date de l'intervention : ____ / ____ / ____

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 :

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** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Date et Signature

Le patient

Pour le compte du patient (NOM, Prénom, lien)