



CLINALLIANCE

SMR

DEMANDE D'ADMISSION

CLINALLIANCE

Buttes-Chaumont

39-43 rue Fessart

75019 PARIS

Tel : 01.58.87.27.27

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
- Ordonnance précisant le type d'hospitalisation (HC ou HDJ)
- Traitement médicamenteux en cours (ordonnance)
- Si disponible : Compte rendu d'hospitalisation, opératoire, d'imagerie, biologie

UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN CONSIDERATION.

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

Par fax : 01.58.82.27.99

Par email : admission@butteschaumont.clinalliance.fr

Par courrier : CLINALLIANCE Buttes-Chaumont – 39 – 43 rue Fessart – 75019 PARIS

MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le médecin prescripteur)

NOM.....

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____

FAX ____ / ____ / ____ / ____

Email @.....

Cachet de l'établissement / médecin prescripteur

Date d'admission envisagée	En hospitalisation complète (HC)	En hospitalisation de jour (HDJ)
/ /	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Polyvalent	<input type="checkbox"/> Locomoteur <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> DME

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

Projet de sortie envisagé

Retour à domicile

- Logement accessible
- Présence d'un accompagnant / aidant

EHPAD

Autre

Préciser les démarches déjà engagées :

Personne à prévenir

NOM Prénom Lien

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PRESTATIONS D'HEBERGEMENT – Hospitalisation complète

Durant votre séjour, vous avez la possibilité de demander certains services hôteliers. Ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale et reste donc **à votre charge ou celle de votre organisme complémentaire.**

- Le forfait journalier – 20 € / jour
- Les frais d'hébergements en chambre particulière (tarif journalier)
- Les frais multimédias – téléphone fixe, télévision (tarif journalier)

Nous vous invitons à prendre contact dans les meilleurs délais avec votre mutuelle afin de connaître vos droits.

Votre prise en charge hôtelière

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chambre double | <input type="checkbox"/> Chambre particulière Prestige 175 € / jour |
| <input type="checkbox"/> Chambre particulière Essentielle 100 € / jour | <input type="checkbox"/> Chambre particulière Prestige+ 205 € / jour |
| <input type="checkbox"/> Chambre particulière Essentielle+ 112 € / jour | <input type="checkbox"/> Chambre particulière Premium 255 € / jour |
| <input type="checkbox"/> Chambre particulière Confort 130 € / jour | |
| <input type="checkbox"/> Chambre particulière Confort+ 142 € / jour | |

Les prestations multimédias

- Télévision – 3 € / jour
- Forfait téléphonique – 9,90 €

Je certifie l'exactitude des informations transmises dans ce formulaire et confirme mon accord sur les souhaits de prestations hôtelières indiquées.

Signature

Le patient

Pour le compte du patient
NOM, Prénom, lien