



L.H.S.S. 46 / Cajarc

## DEMANDE D'ADMISSION

Date :

Nom & Prénom(s) :

Domicile :

Tél. :

Portable :

Né(e) le :

N° Sécurité Sociale :

Clé :

Fin de droit :

Régime :

<b>Caisse principale</b>	<b>Médecin traitant</b>
Autres :	Avant l'entrée : Après l'entrée :
<b>Infirmier</b>	<b>Pédicure</b>
Fréquence	
<b>Aide à domicile</b>	
date	
Fréquence	

<b>Les Aidants</b>				
<b>Nom</b>	<b>Prénom(s)</b>	<b>Lien</b> conjoint, fille, voisin, etc ...	<b>Qualité</b> tuteur, curateur, etc ...	<b>Adresse / Téléphone</b>
<b>Le courrier</b>	Traité par le destinataire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      Traité par un tiers :			

<b>Les documents qui peuvent vous être demandés</b>	<b>A fournir</b>	<b>Fournis</b>
Photocopie du livret de famille		
Photocopie de la mesure de protection		
Photocopie de l'attestation de la carte vitale		
Photocopie de la carte mutuelle		

**Vous êtes en train de remplir une demande d'admission par rapport à l'état de santé du demandeur à ce jour.  
Merci de nous tenir informés de tous changements de sa situation et de veiller à remplir toutes les rubriques.**

<b>ORGANISME DEMANDEUR :</b>	
<b>Nom et Prénom du solliciteur</b>	
Adresse	Signature
Tél. :	
Liens :	

**L'HISTOIRE DE VIE (facultatif)**

<b>LA FAMILLE</b>	Nbre d'enfant(s)			
	Vos proches			
	Vos animaux familiers			
<b>L'HABITAT</b>	Citadin :	Rural :	Maison :	Appartement :
	Vous viviez	Seul(e) :	En famille :	En couple :
<b>COMMENTAIRES :</b>				

**LES HABITUDES DE VIE**

<b>L'ALIMENTATION</b>	Petit-déjeuner :
	Encas :
	Déjeuner :
	Goûter :
	Dîner :
<b>LE REPOS</b>	Heures de lever :
	Heures de coucher :
<b>LES LOISIRS</b>	Quels sont-ils ?
<b>COMMENTAIRES :</b>	



<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b> à remplir par le médecin traitant	<b>CACHET</b>  <b>Signature</b>
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Poids : <span style="float: right;">Taille :</span>
<b>Motif de la demande</b>	

**LE CHOIX DE L'ENTREE EST-IL LE FAIT :**

<input type="checkbox"/> de l'intéressé :	<input type="checkbox"/> de la famille :
<input type="checkbox"/> du médecin traitant :	<input type="checkbox"/> du tuteur :
<input type="checkbox"/> autre à préciser :	
D'autres demandes sont-elles en cours : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ANTECEDENTS**

<b>MEDICAUX</b>	
<b>CHIRURGICAUX</b>	
<b>VACCINS</b>	<input type="checkbox"/> pneumo 23                      date : <input type="checkbox"/> tétanos                              date : <input type="checkbox"/> grippe                                      date :
<b>ALLERGIES</b>	

ETAT SENSORIEL	OUI	NON
Déficiences visuelles	<input type="checkbox"/> cause :	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiences auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETAT COGNITIF	OUI	NON
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'orientation : temps et/ou espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> le(s) quel(s)	<input type="checkbox"/>
Suivi psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATHOLOGIES EVOLUTIVES	
	<p><b>BMR</b>    <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>IDR</b>    <input type="checkbox"/> positif  <input type="checkbox"/> négatif</p>

TRAITEMENT

**SOINS PARAMEDICAUX** injections pansements de plaies chroniques orthophonie soins de sonde glycémie capillaire kinésithérapie / laquelle ? oxygène au long cours trachéotomie**AIDES TECHNIQUES** fauteuil roulant lit médicalisé matelas anti-escarre canne(s) déambulateur autre(s) / le(s) quelle(s) ?**A RENVoyer SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MEDECIN COORDONNATEUR****AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR**