



# SAINTE-ELISABETH

Clinique et Maison d'Accueil Spécialisée

## DEMANDE D'ADMISSION

**A FAXER AU 04 91 18 90 51**

**Responsable des admissions : 06.13.90.13.57**

Date : ...

---

Domicile

Etablissement demandeur : ...

Service : ...

---

Demande pour  SDS  USP

### Patient :

Nom/naissance : ...

Prénom : ...

Nom marital : ...

Date de naissance : ...

Sexe : ...

Adresse : ...

---

### Personnes référentes :

Médecin demandeur : ...

Service : ...

Coordonnées : ...

Médecin traitant : ...

Coordonnées : ...

Assistante sociale : ...

Coordonnées : ...

---

### Prise en charge administrative :

Numéro de sécurité sociale : ...

Chambre particulière

Mutuelle : ...

Informations complémentaires :

AME

CMU

.....  
.....

### Personne à prévenir :

oui  non

Nom : ...

Lien avec le (la) patient(e) : ...

Téléphone : ...

---

**Situation socio-familiale :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entourage familial présent | <input type="checkbox"/> Situation familiale difficile |
| <input type="checkbox"/> Isolement social           | <input type="checkbox"/> Précarité                     |
- 

**Pathologie principale et histoire de la maladie :**

---

**Autres antécédents :**

---

**Particularités du patient :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleurs            | <input type="checkbox"/> Confusion            |
| <input type="checkbox"/> Anorexie importante | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire    |
| <input type="checkbox"/> Syndrome occlusif   | <input type="checkbox"/> Risque de fugue      |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée             | <input type="checkbox"/> Escarres :...        |
| <input type="checkbox"/> Agitation           | <input type="checkbox"/> Isolement BMR :..... |
| <input type="checkbox"/> Anxiété importante  | <input type="checkbox"/> Autres : ...         |
- 

**Projet thérapeutique :**

- Phase curative
  - Phase palliative :
    - Avec chimiothérapie
    - Sans chimiothérapie
    - Radiothérapie en cours
  - Phase terminale
-

**Traitements médicamenteux :** .....

.....  
Molécules onéreuses : .....

**Evaluation de la dépendance :**

Mobilité:       Marche sans aide                       Marche avec aide  
                     Déambulateur                                       Reste alité  
                     Fauteuil     Obésité

Toilette :       Autonome                                       Aide à la toilette  
                     Toilette au lit

Respiration :       Oxygénothérapie : ....L/min       Autres  
                     Trachéotomie                                       VNI

Alimentation :       Mange seul                                       Mange avec aide  
                     SNG     Sonde de gastrostomie

Elimination :       Continent                                       Incontinence urinaire  
                     Incontinence fécale                                       Sonde vésicale  
                     Colostomie     Néphrostomie

Langage :       Bonne communication                       Communication difficile

Vigilance :       Somnolence                                       Coma       Autres

Etat cutané :       Normal                       Plaies : ...  
                     Autres : ...

Voie d'abord(s):       SC                       VVP                       Picc-Line                       PAC  
                     Autres

---

**Informations données au patient :**

I

**à la famille :**

Diagnostic :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pronostic :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transfert en USP :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	I	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

---

Date d'admission souhaitée : ...                      Si séjour de répit, date de retour envisagée : ...

Si amélioration ou stabilisation : retour à domicile :       Oui       Non

---

**Indispensables à l'admission :**

- [Papiers d'identité](#)
- [Compte rendu d'hospitalisation / prescription / derniers examens](#)
- [Transmissions infirmières du jour](#)
- [Carte vitale et carte de mutuelle à jour](#)