



HOPITAL GEORGES DECROZE  
60700 PONT STE MAXENCE

## DEMANDE D'ADMISSION

Date d'admission souhaitée .../.../....

Demande reçue le .../.../....

Numéro de fax pour envoyer votre demande : 03 44 31 76 33

### Renseignements administratifs au service demandeur :

Etablissement.....Service.....

Médecin demandeur.....Tél.....

Cadre infirmier.....Tél.....

Assistante sociale.....Tél.....

### Renseignements administratifs au patient : photocopie de la pièce d'identité

Nom..... Nom de jeune fille .....

Prénom.....langue(s) parlée(s).....

Date de naissance.... /.../..... Sexe : H  F

Lieu de Naissance ..... Adresse.....

Tél : ..... .....

### Prise en charge du séjour : photocopie de l'attestation de la sécurité sociale + carte mutuelle

Numéro de sécurité sociale.....

Caisse.....

Mutuelle.....

Médecin traitant.....Tél.....

### Aspect social :

Sauvegarde de justice : Non  oui

si oui, préciser le type de sauvegarde : Tutelle  Curatelle :

Devenir : RAD :

EHPAD :

A prévoir :

Antécédents :

Médicaux.....

Chirurgicaux.....

Psychiatriques.....

Tabac  Alcool  Toxicomanie

**BMR** OUI  NON  SI oui préciser le germe ANTIB Oui  Non

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

RISQUE DE CHUTE : Oui  Non :  Risque d'escarre Oui  Non

Date d'hospitalisation...../...../..... Date d'intervention chirurgicale...../...../.....

Motif de la demande

Traitement en cours : TRAITEMENT : faxer l'ordonnance

<p>OXYGENE :           Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>TRACHEOTOMIE :   Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>SNG :                Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>STOIE :             Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>PERFUSION :        Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>RADIOTHERAPIE :   Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>CHIMIOETHERAPIE :  Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>DIALYSE :           Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p> <p>PSYCHOTROPE :    Oui <input type="checkbox"/>   Non <input type="checkbox"/></p>	
---	--

## Degré de dépendance

### Soins

Toilette/Habillage : Sans aide  Aide partielle  Aide totale   
Pansement : Oui  Non  Escarre :  Stade .....siège : .....  
Incontinence Urinaire : partielle  totale  Sonde Urinaire  Change   
Incontinence anale : Oui  Non   
Alimentation : Régime : Oui  Non  Sans aide  Aide partielle  Aide totale   
Normale :  mixée :  hachée :  semi liquide :  Sonde gastrique :  sonde gastro ou jéjunostomie :

### Motricité

Marche : seul  avec aide :  ne marche pas :  fauteuil roulant :   
Transfert : seul  aide partielle :  aide totale :

### Cognitifs :

Comportement : adapté :  agressif :  agité :   
Etat psychique : normal :  désorienté :  dépressif :  anxieux :   
Communication : normal :  trouble du langage :  aphasie :  troubles mnésiques :  troubles de la vision :