

PARTIE RESERVEE AU SERVICE MEDICAL DE LA CLINIQUE SAINT LAURENT

Validation Refus, motif : _____

Date et signature du médecin :

Observations :

Partie administrative à remplir par le patient



*Hospitalisation
de Jour*



Hospitalisation complète :

Séjour souhaité à partir du:

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière
(en supplément) ? Oui Non

CIVILITE ET INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____

Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] Adresse mail : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire
Tél. + 33(0)4 42 84 50 50
admissions.stlaurent@colisee.fr

ASSURANCE MALADIE

N° sécurité sociale : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Caisse de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Etes-vous : à 100% Oui Non Invalidité Oui Non En accident de travail Oui Non

Nom du médecin traitant : _____ Ville : _____

Téléphone :

PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Téléphone : Adresse mail : _____

Fait à : Le :

Signature

Liste des pièces à fournir pour constituer votre dossier (tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- Dossier d'admission complété
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Photocopie **lisible** d'une pièce d'identité recto-verso
- Photocopie de votre carte mutuelle recto-verso
- Prise en charge mutuelle (Ticket modérateur, Forfait journalier, Chambre particulière)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique
- Si protection juridique, copie de l'attestation

Pièces à demander ou compléter avec votre médecin :

- Bilan biologique de moins de 3 mois (HBA1C, microalbuminurie/24h, NFS/Plaquettes, Ionogramme sanguin, SGOT, SGPT, Gamma GT, TSHus, Créatinine, EAL, Glycémie à jeun, Ferritinémie, Calcémie, Vitamines D, B12, et B9, Albuminémie, Pré albuminémie, PCR Covid)
- Copie de l'Ordonnance en cours
- Directives anticipées

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire
Tél. + 33(0)4 42 84 50 50
admissions.stlaurent@colisee.fr

Partie médicale à remplir par le médecin

MOTIF D'ADMISSION

Poids habituel : _____ kg Poids actuel : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m²

Obésité

Diabète, Type : _____

Pré ou post chirurgie bariatrique

Anorexie

Trouble du comportement alimentaire (TCA)

Autre maladie métabolique, digestive, endocrinienne (Précisez) : _____

Pathologie en lien avec ALD 100% : _____

Pour les diabétiques : venir avec votre lecteur de glycémie et un paquet de bandelettes

LE PATIENT

Motivation : Oui Non

Adhésion au projet : Oui Non

Risque suicidaire : Oui Non

Suivi par un psychiatre : Oui Non

Coordonnées du psychiatre : _____

Langage : Parlé Lu Ecrit

Apte à bénéficier d'une éducation thérapeutique : Oui Non

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES

ANTECEDENTS MEDICAUX

Y a-t-il une raison médicale pour ne pas prescrire de génériques à votre patient ? Oui, préciser : _____ Non

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire

Tél. + 33(0)4 42 84 50 50

admissions.stlaurent@colisee.fr

AUTONOMIE

	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Se repérer dans l'espace et le temps			
Faire sa toilette			
S'habiller, se déshabiller			
Manger			
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale			
Se déplacer			
Communiquer à distance (téléphone, alarme, sonnette etc.) pour alerter si besoin			

Nécessite une chambre avec rails de transferts : Oui Non

ACTIVITE PHYSIQUE

Pas de contre-indication

Contre-indication : _____

ALIMENTATION

Allergies alimentaires : _____

Régime particulier : _____

Aliments que le patient ne peut pas manger : _____

REMARQUES EVENTUELLES

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Fait à : Le :

Tampon et signature

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire

Tél. + 33(0)4 42 84 50 50

admissions.stlaurent@colisee.fr