

Dossier de demande d'admission

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint les documents nécessaires à une demande d'admission au sein de notre établissement.

Merci de nous renvoyer les documents suivants afin que notre équipe pluridisciplinaire examine votre dossier en vue d'une date d'admission :

- Questionnaire médical (A)** : à remplir par le médecin
(avec photocopie des ordonnances et compte-rendu de consultation cardiologique récente si besoin)
- Demande d'admission (B)** : à remplir par le patient
(avec photocopie des attestations sécurité sociale et mutuelle)

Théraé, Centre Médical reste à votre disposition pour tout complément d'information. L'équipe d'admission reprendra contact avec vous dès réception de votre dossier afin d'organiser une date de séjour.

Pour rappel, les entrées en hospitalisation complète s'effectuent du lundi au mercredi, pour un séjour moyen d'une durée de 3 à 5 semaines.

10/01/2023

QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le médecin)

Nom : Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance : ___/___/___

Poids : kg Taille : cm IMC :

Votre patient présente-t-il les affections suivantes :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| → Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Cardiopathie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, nom du cardiologue : | | |
| → HTA | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Tabagisme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Syndrome d'apnées du sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, est-il appareillé ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Soins de pansements | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Antécédents de chirurgie bariatrique : | | |
| ▪ Anneau gastrique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Sleeve | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ By-pass | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Une chirurgie bariatrique est-elle envisagée ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, nom du chirurgien : | | |

Compte-rendu
cardiologique
indispensable

Autres antécédents médicaux :

.....

Principaux antécédents chirurgicaux :

.....

Autonomie

1. Vie quotidienne

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Aide-ménagère | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aide aux courses/à la cuisine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aide à la toilette | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - IDE à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Tutelle/curatelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Précisions :

.....

2. **Mobilité** : La marche est : Normale et sans aide Difficile
 Très difficile Impossible

Le patient a-t-il besoin d'aide pour ses déplacements : Oui Non

- | | |
|--------------------|--|
| - Canne(s) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| - Déambulateur | <input type="checkbox"/> |
| - Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> |

3. **Handicaps** : Surdité Malvoyance Incontinence

4. **Activité physique**

Le patient fait-il des activités physiques
Le patient fait-il de la kinésithérapie

Oui
 Oui

Non
 Non

Comportement

1. **Le patient présente-t-il une maladie psychiatrique**

Oui

Non

Si oui,

Syndrome dépressif
Troubles bipolaires
Schizophrénie
Dépendance à l'alcool
Autre :

La maladie est-elle stabilisée ?

Oui

Non

Le patient est-il suivi par un psychiatre

Oui

Non

Si oui, préciser ses coordonnées :

Est-il suivi par un(e) psychologue ?

Oui

Non

2. **Troubles actuels :**

- Anxiété
- Troubles dépressifs
- Agitation possible
- Agressivité potentielle
- Désorientation
- Troubles de la mémoire

Le patient -il apte à la vie en collectivité :

Oui

Non

Est-il capable de suivre les cours d'éducation nutritionnelle :

Oui

Non

Est-il capable de suivre les activités physiques adaptées :

Oui

Non

Modalités de prise en charge prescrite :

Hospitalisation d'un mois

Plusieurs hospitalisation de jour

Date :

Signature et cachet du médecin :

JOINDRE IMPERATIVEMENT

1) **Photocopie de la carte d'identité**

2) **Photocopies des ordonnances de tous les traitements en cours**

3) **Compte rendu de consultation cardiologique :**

→ Pour les patients diabétiques et/ou avec un antécédent de cardiopathie ischémique (*infarctus du myocarde*) :

Compte-rendu de la consultation cardiologique **datant de moins d'1 an avec épreuve d'effort** (ou **test d'ischémie myocardique**)

→ Pour les patients ayant une pathologie cardiaque autre :

Compte-rendu de la consultation cardiologique **datant de moins de 2 ans**

DEMANDE D'ADMISSION (à remplir par le patient)

Nom : Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance : ___/___/___ Age :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubinage Séparé(e) Veuf(e)

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Tél Domicile : Portable :

Profession : Nationalité :

Mail :

Période d'entrée souhaitée : Souhait de chambre seule

Modalité de prise en charge souhaitée : Hospitalisation d'un mois
 Plusieurs hospitalisation de jour

Couverture sociale : *(joindre une photocopie de votre attestation)*

Caisse d'Assurance Maladie :

Adresse :

N° Sécurité Sociale :

Couverture complémentaire : *(joindre une photocopie de votre attestation)*

Mutuelle :

Adresse :

Médecin Traitant : Nom : Tél :

Précédents séjours à Théraé Centre Médical : *(préciser date et durée du séjour)*

.....
.....
.....
.....

Correspondant administratif : époux(se) père-mère tuteur curateur

Nom : Prénom : tél :

Adresse :

Si le placement est demandé par (Assistante sociale, Centre Hospitalier, Etablissement médicalisé, autre) indiquer les coordonnées :

.....
.....
.....

Pour accepter votre entrée, la commission d'admission a besoin de renseignements confidentiels sur votre état de santé :

Utilisez-vous un appareil pour respirer la nuit ? OUI NON
Si oui, apportez votre matériel
 Etes-vous incontinent OUI NON
 Fumez-vous ? OUI NON
 Si oui, combien par jour : *..... combien par nuit : *

Avez-vous un suivi psychologique ou psychiatrique ? OUI NON
 Vous déplacez-vous avec un fauteuil, des cannes ou des béquilles ? OUI NON
 Pouvez-vous monter des escaliers ? OUI NON
 Avez-vous une activité physique régulière (marche, gym, vélo, ...) ? OUI NON
 Si oui, lesquelles ? :.....

Avez-vous besoin d'une aide :	Seul	Aide partielle	Aide totale	Précisions :
pour l'habillage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour se chauffer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour la toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour les repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des interdits alimentaires (religion, allergies, ...) ? OUI NON

J'ai bien pris connaissance qu'il est **interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement.
 Ce qui exclut totalement le fait de fumer de 22h à 6h30, l'accès vers l'extérieur étant fermé.*

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

- 1) m'engage :
 - à respecter le règlement intérieur en vigueur dans l'Etablissement,
 - à fournir la prise en charge de mutuelle des frais de séjour ou, à défaut, à régler une fois par semaine.
- 2) d'une façon générale :
 - je dégage la responsabilité de l'Etablissement en cas d'accident indépendant de ses attributions ou suite à un manquement au règlement intérieur,
 - j'accepte les soins, les examens et le traitement prescrits par les médecins de l'établissement,
 - j'adhère au Contrat de Soins qui m'a été adressé,
 - je suis averti(e) que je dois participer au programme établi dans le cadre de mon Projet de Soins Personnalisés.

(Mentionner « Lu et approuvé ») Date et signature :