



**CLINIQUE DE SOINS MEDICAUX ET
DE READAPTATION NUTRITIONNELLE
LE MEDITERRANEE**

13640 LA ROQUE D'ANTHERON

TEL. 04 42 50 78 00

Admissions / Gestion des lits :

04.42.50.79.14

hospit@clinique-lemediterranee.com

FICHE D'ADMISSION

Service administratif :

04.42.50.78.03

adm.med@clinique-lemediterranee.com

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PATIENT(E)

Nom:

Nom de jeune fille :

Prénom:

Date :

Adresse:

Tél.:

Mail :

Période entrée souhaitée :

Etes-vous déjà venu dans notre clinique:

Personne à prévenir : Nom :

Téléphone :

Caisse d'affiliation :

N° immatriculation :

(Sécurité Sociale)

Mutuelle :

N° adhérent :

Le séjour est-il en rapport avec un accident de travail?

OUI

NON

Chambre particulière souhaitée ? OUI NON

OUI

NON

Prénom :

La demande d'admission sera prise en compte uniquement si le dossier est complètement rempli

Cadre réservé à l'administration de la Clinique Le Méditerranée

--	--

II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif d'admission :
.....
Antécédents :
.....
Traitements en cours et posologies:.....
.....
.....
Poids:..... Taille:..... IMC :

DEPENDANCE DU PATIENT :

Motricité :

- Se déplace :* seul sans limite
 seul à l'intérieur de la chambre
 avec soutien matériel et/ou humain
 en fauteuil roulant
- Ne se déplace :*

Toilette / habillage :

- s'assume totalement
 aide partielle
 aide totale

Alimentation :

- s'assume totalement
 aide partielle
 aide totale
 alimentation entérale ou parentérale

Incontinence :

- aucune
 partielle
 anale
 vésicale
 totale
 anale
 vésicale

Psychologie/Comportement :

- Compréhension :* Normale
 Difficile (raison) :
 DTS
- Participation :* Normale
 patient à motiver
 DTS

SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERES:

Appareillage:..... Oxygène : OUI NON
Prothèse(s):..... Colostomie:.....
Pacemaker:..... Gastrostomie:.....
..... Ureterostomie:.....
Pompe à morphine:..... Pompe à insuline:.....
Chimiothérapie / radiothérapie en cours :
 OUI NON Pour les affections orthopédiques :
Appui : OUI NON
Autres renseignements:.....
.....
Projet de sortie: Retour à domicile Placement en institut Autre

Date, signature et cachet du médecin.