



CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN MEDECINE

Document à retourner au **Secrétariat Médical** :

E-Mail : secretariat.medical@ch-sartene.fr

Tél : 04 95 77 95 27

Fax : 04 95 77 95 07

Courrier : Centre Hospitalier de Sartène

A l'attention du Secrétariat Médical

Lieu-dit Cacciabeddu

Route de Grossa - BP 141

20100 SARTENE

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Coordonnées patient

☐ Melle ☐ Mme ☐ Mr

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Réservé au médecin de l'Etablissement du CH Sartène :

☐ Accord

☐ Refus

Motif :

Date et signature :

VOLET MEDICAL - CONFIDENTIEL

ALD : Oui ☐ Non ☐ Valeur K Opérateur

MOTIFS DE L'HOSPITALISATION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents principaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etat médical : Stable ☐ Instable ☐ Soins palliatifs ☐

Bilan infectieux : PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE : NE SAIT PAS ☐ OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est indispensable avant tout transfert. Joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme.

Nom du Médecin :

Date

Signature

 

VOLET PARA-MEDICAL

Poidskgs**Soins médicaux et paramédicaux :**

Soins Paramédicaux	Sondes :	trachéotomie ☐	pansements ☐	Pic line ☐
	- gastrique ☐	aspiration ☐	_____	PAC ☐
	- urinaire ☐	O ₂/mn	_____	Med line ☐
	- GPE ☐		escarres ☐	VVC ☐
	- Stomies ☐		_____	VVP ☐
	_____		matelas anti-escarres ☐	S/C ☐
	_____		type _____	

Autonomie :

Autonomie de la marche	☐ Sans aide	☐ Aide partielle	☐ Ne marche pas
Aide technique	☐ Avec canne	☐ Avec déambulateur	☐ Avec fauteuil roulant
Alimentation	☐ Sans aide	☐ Aide partielle	☐ Aide totale ☐ Ne s'alimente pas
- Alimentation entérale	☐ Oui	☐ Non	
- Alimentation parentérale	☐ Oui	☐ Non	
Fausse routes	☐ Solides	☐ Liquides	
Régime particulier	☐ Oui	☐ Non	☐ Diabète ☐ Sans sel
Toilette	☐ Sans aide	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Contrôle sphinctérien urinaire	☐ Oui	☐ Non	
Contrôle sphinctérien anal	☐ Oui	☐ Non	
Oxygénothérapie	☐ Oui	☐ Non	
Repos :	l/min		
Effort :	l/min		

Projet de soins (OBJECTIFS DE LA DEMANDE PRISE EN CHARGE)**Troubles du comportement** : ☐ Non ☐ Oui si oui précisez**Traitement** : joindre l'ordonnance de tous les traitements y compris injectables.

Nom de l'Infirmier ou Cadre Infirmier

Date

Signature

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN MEDECINE

VOLET ADMINISTRATIF/ SOCIAL

Date de la demande Date d'entrée souhaitée Date d'hospitalisation initiale

DEMANDEUR

Centre Hospitalier Service

Médecin demandeur ① N°  N°

COORDONNEES PATIENT / ENTOURAGE

Patient

Nom marital née Prénom

Né(e) le Age ans Sexe ☐ M ☐ F

Adresse

Ville / Code Postal ① N°

Référent familial	Lien de parenté	① N°
Personne à contacter pour cette demande		

Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? ☐ Non ☐ Oui si oui joindre le document

Nom Prénom Commune ① N°

Médecin Traitant

Nom Prénom Commune ① N°

DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie ☐ Vit seul(e) ☐ Avec conjoint ☐ En milieu familial ☐ En structure collectiveSituation familiale : ☐ Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)Mesures de protection juridique ☐ oui ☐ non ☐ en coursSi oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

Tuteur/curateur : Nom Prénom Commune ① N°

Assuré : Nom Prénom

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

Caisse (adresse) : ☐ CMU de base

Ouverture des droits :

Mutuelle : ☐ Complémentaire CMUAPA : ☐ Oui ☐ Non ALD : ☐ Oui ☐ Non A.A.H. : ☐ Oui ☐ Non

Aide financière exceptionnelle :

Allocation compensatrice pour tierce personne :

Devenir envisagé : ☐ Retour à domicile souhaité ☐ Admission en USLDSi oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui ☐ Non ☐

Démarches sociales en cours.....

.....

.....

Nom de l'Assistant Social

Date

Signature

① N°  N°