



## CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN MÉDECINE

Document à retourner au **Secrétariat Médical** :

E-Mail : [secretariat-medical@ch-sartene.fr](mailto:secretariat-medical@ch-sartene.fr)

Tél : 04 95 77 95 08

Fax : 04 95 77 95 07

**Courrier** : Centre Hospitalier de Sartène  
À l'attention du Secrétariat Médical  
Lieu-dit Cacciabeddu  
Route de Grossa - BP 141  
20100 SARTENE

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identité patient

Nom de naissance :

Nom utilisé :

1er Prénom :

Liste des prénoms :

Sexe :  F  M  I

Date de naissance :

**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 MULTIRESSISTANTE : 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

Poids .....kgs

**Soins médicaux et paramédicaux :**

<b>Soins Paramédicaux</b>	Sondes :	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Pansements <input type="checkbox"/>	Pic line <input type="checkbox"/>
	- gastrique <input type="checkbox"/>	Aspiration <input type="checkbox"/>	_____	PAC <input type="checkbox"/>
	- urinaire <input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub> ...../mn	_____	Med line <input type="checkbox"/>
	- GPE <input type="checkbox"/>		_____	VVC <input type="checkbox"/>
	- Stomies <input type="checkbox"/>		_____	VVP <input type="checkbox"/>
	_____		_____	S/C <input type="checkbox"/>
	_____		_____	
	_____		_____	
			Matelas anti-escarres <input type="checkbox"/>	
			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 en cours y compris injectables.

Nom de l'Infirmier ou Cadre de santé

Date

Signature

**VOLET ADMINISTRATIF/ SOCIAL**

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

**DEMANDEUR**

Centre Hospitalier ..... Service .....

Médecin demandeur .....  N° .....  N° .....

**COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE**

**Patient**


Nom de naissance : ..... Nom utilisé : .....

1er Prénom : ..... Liste des prénoms : .....

Date de naissance : ..... Age ..... ans Sexe :  F  M  I

Adresse

Ville / Code Postal .....  N° .....

<b>Référent familial</b> <small>Personne à contacter pour cette demande</small>	Lien de parenté	 N°

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

Nom de naissance ..... 1er Prénom ..... Commune .....  N° .....

**Médecin Traitant**

Nom ..... 1<sup>er</sup> Prénom ..... Commune .....  N° .....


**DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES**

**Mode de vie :**  Vit seul(e)  Avec conjoint  En milieu familial  En structure collective

**Situation familiale :**  Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

**Mesures de protection juridique :**  oui  non  en cours  
Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

Habilitation familiale de représentation  Habilitation familiale de représentation

Tuteur : Nom de naissance ..... 1<sup>er</sup> Prénom ..... Commune .....  N° .....

**Assuré :** Numéro de Sécurité Sociale :    /    /    /    /    /    /

Caisse (adresse) : .....  CMU de base

Ouverture des droits :

Mutuelle : .....  Complémentaire CMU

APA :  Oui  Non    ALD :  Oui  Non    A.A.H. :  Oui  Non

Aide financière exceptionnelle :

Allocation compensatrice pour tierce personne :


**Devenir envisagé :**  Retour à domicile souhaité  Retour USLD/EHPAD  
Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ?  Oui  Non

**Démarches sociales en cours** .....

.....

.....

**Nom de l'Assistant Social :** ..... **Date** ..... **Signature** .....

 N° .....  N° .....