

## DEMANDE D'ADMISSION À RETOURNER COMPLÉTÉE

### PAR MAIL OU PAR VOIE POSTALE AU SERVICE DE PRÉADMISSION

Le service est joignable au 02 54 98 58 11 ou 02 54 98 58 12

[preadmission.imds@lna-sante.com](mailto:preadmission.imds@lna-sante.com)

IDENTITE DU PATIENT			
Nom : _____		Prénom : _____	
Nom de naissance (le cas échéant) : _____			
Date de naissance : __/__/____		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
Téléphone fixe : __/__/__/____		Portable : __/__/__/____	
Adresse email : _____@_____			
MEDECIN DEMANDEUR			
Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
Téléphone : __/__/__/____			
MEDECIN TRAITANT			
Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
Téléphone : __/__/__/____			
MEDECIN SPECIALISTE			
Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
Téléphone : __/__/__/____			
PERSONNE A PREVENIR SI BESOIN			
<input type="checkbox"/> Parenté – Précisez : .....	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée
Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
Téléphone : __/__/__/____		Adresse email _____@_____	



REGIME OBLIGATOIRE	
Caisse : _____	
Nom et prénom de l'assuré(e) : _____	
Date de naissance : ___/___/_____	
Numéro d'immatriculation Sécurité Sociale : _____	
Bénéficiez-vous :	<input type="checkbox"/> INVALIDITE <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> CSS</span>
	<input type="checkbox"/> 100% ALD <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> AME</span>
REGIME COMPLEMENTAIRE (MUTUELLE)	
Nom : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : ___/___/___/___/___	
SEJOUR	
Dates de séjour souhaitées : du ___/___/_____ au ___/___/_____	
<b>Souhait de chambre :</b> Voir fiche « Prestations hôtelières » <i>Le choix de la chambre n'est pas définitif et vous pourrez le faire évoluer durant votre séjour.</i>	<input type="checkbox"/> Chambre double (sans supplément) <input type="checkbox"/> Chambre particulière <b>CLASSIQUE</b> <input type="checkbox"/> Chambre particulière <b>CONFORT</b> <input type="checkbox"/> Chambre particulière <b>PREMIUM</b> <input type="checkbox"/> Chambre particulière <b>PRESTIGE</b>
<b>Merci de nous fournir une copie de votre carte d'identité, carte de mutuelle et carte de sécurité sociale.</b>	
<i>« Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. »</i>	
Date : ___/___/_____	Signature : _____

Partie de la demande d'admission à faire compléter par votre médecin.

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Durée de séjour prévisible :

HOSPITALISATION			
<input type="checkbox"/> Complète		<input type="checkbox"/> De jour	
<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Polyvalent	<input type="checkbox"/> Gériatrie
PRESCRIPTION MÉDICALE			
<b>Motif d'admission et histoire de la maladie :</b>			
_____			
_____			
_____			
Poids :		Taille :	IMC :

ANTÉCÉDENTS				
Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques		
CONDUITES ADDICTIVES				
Tabac	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Sevré	<input type="checkbox"/> Toujours actif	
Alcool	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Sevré	<input type="checkbox"/> Toujours actif	
Autre :	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Sevré	<input type="checkbox"/> Toujours actif	
<b>Traitements en cours</b> (joindre ordonnance) :				
<b>Résultats examens complémentaires</b> (ECG , Coronarographie, EFR, Gaz du sang, bilan sanguin) Joindre compte-rendu d'hospitalisation, consultation ou opératoire.				
PRESCRIPTIONS MEDICALES SPECIFIQUES				
<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> PPC	<input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> +/- journée	Nom du prestataire :
<input type="checkbox"/> O2	Débit :	l/mn	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Canule

AUTONOMIE			Remarques
Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit <input type="checkbox"/> Risque de chute Aide technique : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Risque d'escarre	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Haché / Mixé <input type="checkbox"/> Fausse route	
Élimination / continence	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Incontinence : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Stomie	
Communication	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Propos incohérents <input type="checkbox"/> Difficultés délocution <input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Surdit�e <input type="checkbox"/> Malvoyance <input type="checkbox"/> C�ecit�e <input type="checkbox"/> Appareillage	
Comportement	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Angoiss�e <input type="checkbox"/> Agit�e <input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> D�sorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> D�ambulation	

**ENVIRONNEMENT SOCIAL**

Logement :     Appartement             Maison                     étage sans ascenseurs  
Intervenants au domicile avant hospitalisation :                     Non             Oui  
 IDE             SIAD                     Kiné                     Aides à domicile             Autres  
Devenir :     RAD                     Maison de retraite  Autre .....

**Merci de sensibiliser votre patient sur l'importance de rédiger ses directives anticip es.**

**Signature et cachet du médecin avec adresse :**



## RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À FOURNIR À L'INSTITUT AVANT L'ADMISSION

- Formulaire administratif de préadmission
- Formulaire médical
- Formulaire directives anticipées
- Souhait de chambre
- CR d'hospitalisation
- Photocopie d'ordonnance
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de l'attestation de votre caisse d'affiliation
- Photocopie de la carte de mutuelle recto-verso