

**DEMANDE D'ADMISSION A RETOURNER COMPLÉTÉE
PAR MAIL OU PAR VOIE POSTALE AU SERVICE PRÉADMISSION**

Responsable préadmission : 02 54 98 58 11 – Secrétaire : 02 54 98 58 12

preadmission.imds@lna-sante.com

Institut Médical de Sologne – 1bis rue Cécile Boucher – 41600 Lamotte-Beuvron

Identité du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : __/__/__ Femme Homme

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__

Adresse email : _____

Médecin demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __/__/__/__/__

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __/__/__/__/__

Médecin spécialiste

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __/__/__/__/__

Personne à prévenir si besoin

Parenté Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __/__/__/__/__ Adresse email : _____

Régime obligatoire	
Caisse : _____	
Nom et prénom de l'assuré (e) : _____	
Date de naissance : ___/___/___	
Numéro d'immatriculation Sécurité Sociale : __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Bénéficiez-vous :	<input type="checkbox"/> INVALIDITE
	<input type="checkbox"/> 100% ALD
	<input type="checkbox"/> CMU
	<input type="checkbox"/> AME
Régime complémentaire (Mutuelle)	
Nom : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____ Ville : _____	
Téléphone : ___/___/___/___/___	
Séjour	
<p>Votre hospitalisation nécessite une prise en charge de votre mutuelle, merci de vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire en leur spécifiant : le numéro Finess : 410000418 et le code DMT correspondant à votre séjour (voir ci-après), et d'obtenir une garantie écrite avant votre admission de la prise en charge de votre séjour et du montant pris en charge pour la chambre particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologie – hospitalisation complète ou de jour – code DMT : 182 - Pneumologie – hospitalisation complète ou de jour – code DMT : 180 - Polyvalent – hospitalisation complète ou de jour – code DMT : 172 - Personne âgée polypathologique – hospitalisation complète : DMT 466 et hospitalisation de jour : DMT 187 	
Dates de séjour souhaitées : _____	
Souhait de chambre : Voir fiche « Prestations hôtelières »	<input type="checkbox"/> Chambre double (sans supplément)
	<input type="checkbox"/> Chambre particulière STANDARD
	<input type="checkbox"/> Chambre particulière CLASSIQUE
	<input type="checkbox"/> Chambre particulière PREMIUM
Merci de nous fournir une copie de votre carte d'identité, carte de mutuelle et carte de sécurité sociale.	
<p>« 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. »</p>	
Date :/...../.....	Signature :

Orientation			
<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Gériatrie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Polyvalent
Motifs d'hospitalisation			
<input type="checkbox"/> Rééducation cardio respiratoire (réentraînement à l'effort)	<input type="checkbox"/> Rééducation post-opératoire	<input type="checkbox"/> Prise en charge après décompensation	
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :			
Poids :	Taille :	IMC :	
<input type="checkbox"/> Surpoids / Obésité	<input type="checkbox"/> Diabète sans insuline	<input type="checkbox"/> Diabète avec insuline	
Antécédents / comorbidités			
Tabagisme :	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> toujours actif
Alcool	<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> toujours actif
Antécédents psychiatriques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Comorbidités en cours de traitement			
Pathologie actuelle			
BMR :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Intervention chirurgicale récente :			Date :
Prescriptions médicales spécifiques			
<input type="checkbox"/> OLD Débit :l/mn	<input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> +/- journée	Nom du prestataire :	<input type="checkbox"/> Trachéotomie – canule Marque : N° :
Traitements médicamenteux			
Joindre une photocopie obligatoire de votre ordonnance			
Traitements spécifiques hospitaliers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Lesquels :	
Résultats examens complémentaires (ECG, Coronarographie, EFR, gaz du sang, bilan sanguin, ...)			
Obligatoire : Joindre compte-rendu d'hospitalisation, consultation ou opératoire			
Soins infirmiers			
<input type="checkbox"/> Escarre (s)	<input type="checkbox"/> Pansement	Situation et protocole de soins :	
Autonomie			
Déplacement	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide de cannes	<input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant
Habillage	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide complète
Toilette	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide complète
Alimentation	<input type="checkbox"/> mange seul	<input type="checkbox"/> avec aide	
Déficit sensoriel	<input type="checkbox"/> surdité	<input type="checkbox"/> cécité	
Comportement	<input type="checkbox"/> cohérent	<input type="checkbox"/> perturbé	
Troubles sphinctériens			
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : <input type="checkbox"/> Sonde	Rectaux : <input type="checkbox"/> occasionnels <input type="checkbox"/> habituels	Vésicaux : <input type="checkbox"/> occasionnels <input type="checkbox"/> habituels
Retour au domicile après hospitalisation		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> EHPAD
Date de transfert souhaitée :		Durée de séjour prévisible :	
Signature et cachet du médecin avec adresse :		Date :	