

# Demande médicale d'admission

## Hospitalisation à temps complet

- Affections cardio vasculaires
- Affections respiratoires
- Soins Palliatifs
- Polyvalents
- Affection de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance

## Hospitalisation à temps partiel

- Affections cardio vasculaires
- Affections respiratoires

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES CARTES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE MUTUELLE

## Informations administratives

Nom et prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... N° de téléphone : .....

Adresse.....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom, parenté et n° de téléphone d'une personne à prévenir : .....

.....

Nom et n° de téléphone du Médecin « adresseur » et du service : .....

.....

Organisme de prise en charge : ..... N° centre gestionnaire : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Mutuelle complémentaire : ..... N° adhérent : .....

## Informations diverses de prise en charge :

Préciser si le patient :

- a subi une intervention KC>50 :  OUI  NON Date : .....
- est hospitalisé depuis :  moins de 30 jours  plus de 30 jours

Le patient est actuellement hospitalisé dans le service de : .....

Depuis le : .....

Date d'entrée souhaitée : .....

Chambre individuelle souhaitée :  OUI  NON

Motif d'admission à la Clinique du Pic Saint Loup : .....

.....

.....

Histoire de la maladie : .....

.....

.....

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

.....

.....

Déficience motrice :  OUI  NON

Si oui :  Hémiplégie  Paraplégie  Tétraplégie  Autre : .....

**L'ordonnance en cours, le dernier bilan biologique, le courrier et les ordonnances de sortie sont à joindre impérativement à l'admission du patient.**

## À compléter pour les demandes d'admission en hospitalisation complète

### Situation médicale actuelle

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Régime alimentaire :  OUI  NON

Traitement médical en cours (préciser dose et forme galénique) :

1.

2.

3.

4.

5.

Traitement médical à prévoir (notamment chimiothérapie, erythropoïétiques, etc.) :

1.

2.

3.

**Incontinence :**  OUI  NON

Si oui, préciser si le patient nécessite :

Couche  Sonde  Poche colostomie  Pénilex  Autre : .....

**Intoxication :**  OUI  NON

Si oui, préciser : .....

**Désorientation tempo-spatiale :**  OUI  NON

**Dépendance :**

- Autonomie :  Complète  Partielle  Dépendance totale
- Se déplace :  Seul  Avec aide  Alité  Canne  
 Déambulateur  Fauteuil roulant
- Mange et boit :  Seul  Avec aide  
 En chambre  En salle à manger
- Fait sa toilette :  Seul  Avec aide  Dépendance totale
- Utilise les toilettes :  Seul  Avec aide  Dépendance totale

**Problèmes particuliers :**

- Troubles de la déglutition :  OUI  NON  
 Sonde naso-gastrique  Gastrostomie  Fausses routes  
Nutrition :  entérale  parentérale
- Trouble de la communication :  OUI  NON
- Troubles comitiaux :  OUI  NON
- Troubles psychiques :  OUI  NON

Si oui, préciser : .....

Agressivité :  Stabilisé  Non stabilisé  
 Envers lui-même  Envers les autres

### Situation médicale à prévoir

Contagieux :  OUI  NON

Equipement médical :  Oxygénothérapie  Kinésithérapie.

Type : .....

Trachéotomie  Ventilation assistée  Autres : .....

**Soins :**

- Pansements       Prévention escarres       Soins escarres       Bas à varices  
 Perfusion       Dextro       Soins de stomie       Sonde gastrique  
 Autre : .....

**Devenir :**

- Domicile       Maison de retraite       Autre : .....  
 Entourage familial

**Prise en charge en cardiologie**

Après l'épisode aigu qui motive l'admission à la Clinique du Pic Saint Loup, est-ce que le patient a passé :

- Une épreuve d'effort :  NON     OUI (une copie du compte-rendu doit être communiquée)
- Une échographie :  NON       OUI

**RESPECT DES CONTRE-INDICATIONS :**

- Angor Instable  
 Insuffisance cardiaque décompensée  
 Troubles du rythme ventriculaire complexes  
 Hypertension artérielle pulmonaire > 60 mmHg  
 Thrombus intracavitaire cardiaque volumineux ou pédiculé  
 Epanchement péricardique moyen à abondant  
 Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire récente  
 Myocardiopathie obstructive sévère  
 Rétrécissement aortique sévère et/ou symptomatique  
 Séquelles orthopédiques empêchant l'effort  
 Situations infectieuses graves

Fait le ..... À .....

Signature du médecin :