

CENTRE MEDICAL LE CHATEAU DE BASSY

BP 85 - 24 400 MUSSIDAN Tel. 05 53 80 88 00 Fax 05 53 80 88 86

DEMANDE D'ADMISSION

(A ENVOYER SOUS PLI CONFIDENTIEL au Docteur DELZOR M. F. ou Docteur LACHARTRE G)

Demande effectuée par :

Date de la demande :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom :

Fonction :

Tel:

Lieu de travail :

Nom du service ou le malade est hospitalisé :

Nom du médecin traitant : (adresse, tél.)

Nom du médecin hospitalier :

Demande de prise en charge S.S.

Faite : Oui Non

Accordée : Oui Non

IDENTIFICATION DU MALADE

Nom :

Age :

Prénom :

Lieu de résidence :

Nature des affections ayant motivé l'hospitalisation (diagnostics, date d'intervention s'il y a lieu, évolution...)

Pronostic à long terme :

Autres pathologies associées :

Traitements en cours (Médicaments, perfusions, Soins infirmiers, Kiné....) :

Régime :

DEGRE D'AUTONOMIE DU MALADE

Toilette habillage : Autonome Aide partielle Aide complète

Repas : Autonome Aide partielle Aide complète

Marche : Autonome Aide partielle Aide complète

Lit Fauteuil Grabataire Fauteuil Roulant Cannes Anglaises Déambulateur

Incontinence : Oui Non Vésicale Anale

Oxygénothérapie Oui Non

Etat psychique : Normal Altération Intermittente Détérioré

Autres fonctions sensorielles :

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

PERSONNES PROCHES :

Famille : Présente Absente

DEVENIR ENVISAGE A LA SUITE DU MOYEN SEJOUR :

Retour à domicile oui non

Placement envisagé oui non

Démarches en cours oui non

Lesquelles ? :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE PAR LE SERVICE DEMANDEUR /:

Chambre seule nécessaire : oui non

Secteur Dépendant (Galerie)

Secteur Valide (Château)

Le patient a-t-il déjà fait un séjour au château de Bassy ? : oui

non

Si oui, quand ? :

CADRE RESERVE AU CENTRE MEDICAL

Appel reçu par : Accord médical oui non

Evolution de la demande (motif, nom, date) :

(cocher la case correspondante)