

# 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 )



## DEMANDE PRE-ADMISSION ADMINISTRATIVE

### IDENTIFICATION DU PATIENT OU DE LA PATIENTE

#### Identité :

Nom & prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

Situation professionnelle :  retraité(e)  en activité : profession : .....

Situation familiale :  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  célibataire  autre

Médecin traitant : ..... Ville : .....

### ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

#### Caisse d'affiliation :

N° d'immatriculation : .....

Nom de l'assuré : .....

Organisme de sécurité sociale : .....

#### Mutuelle :

Organisme(s) complémentaire(s) : .....

N° Adhérent(e) : .....

### CONTACTS FAMILIAUX

#### Personne de confiance :

Nom & prénom : .....

Adresse : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

#### Personnes à prévenir :

Nom & prénom : .....

Adresse : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone professionnel : .....