

INSTITUT

ROBERT DEBRÉ

Clinique Médicale

Tel : 02 62 59 37 37



18 impasse des oliviers
BP 32
97435 Saint-Gilles-les-Hauts

www.irdaddicto.re

Fax : 02 62 59 37 99

Étiquette

Nom :

Prénom :

Age :

H F

Date de naissance :

CETTE DEMANDE D'ADMISSION DOIT ETRE RENSEIGNEE DANS SA TOTALITE POUR NOUS PERMETTRE DE LA TRAITER RAPIDEMENT ET GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.

L'institut se réserve le droit de ne pas procéder à l'admission de tout patient dont l'état clinique initial n'est pas en adéquation avec les informations données sur la présente demande ; dans ce cas, le patient sera réadressé au service adresseur.

Origine du patient : Service Domicile

Etablissement :

Service :

Médecin :

Tel direct du médecin adresseur :

Date d'admission souhaitée :

Renseignements administratifs sur le patient

Numéro de téléphone	
Numéro de sécurité sociale	
Mutuelle	
Régime social	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Sans couverture A Jour ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours
Suivi social	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Démarche en cours

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Motif de la demande :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Antécédents addictologiques :

Antécédents psychiatriques :

Traitement en cours : MERCI DE JOINDRE UNE ORDONNANCE A JOUR.

Dénutrition	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
HTA	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
AVC	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui si oui date :
Diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui si oui insuline : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cirrhose	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui si oui : Grade <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Ascite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
TP	%
Plaquettes	/mm ³
Contention	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Risque de fugue	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Agressivité / violence	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Portage d'une BMR	<input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif) <input type="checkbox"/> Non recherché <input type="checkbox"/> Oui
Grille AVQ (Actes de la Vie Quotidienne)	<p>La toilette : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p> <p>L'habillage : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p> <p>L'alimentation : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p> <p>La continence urinaire : <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> couche <input type="checkbox"/> sonde urinaire</p> <p>La continence fécale : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p> <p>Le déplacement : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p> <p>Les transferts : <input type="checkbox"/> Possible sans aide <input type="checkbox"/> Impossible sans aide</p>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Mobilité	<input type="checkbox"/> Marche seul <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> déambulateur
Patient SDF	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Informations complémentaires (consultation/examen prévu,...) :

Demande rédigée le : / /

Signature :

Réponse de l'Institut Robert Debré le :	/ /
• Consultation de préadmission le :	/ /
• Admission le :	/ /
• Pas de possibilité d'admission pour la/les raisons suivantes :	