

Clinique Les Jeunes Chênes
21b Avenue de l'Europe
64000 PAU
Tel : 05.59.02.19.20
Fax : 05.59.02.19.19
hdjssrpau@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
Hôpital de jour
SMR Polyvalent et gériatrie
CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES
- PATIENT ADULTE -
À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENS ADMINISTRATIFS

MOTIF DE LA DEMANDE :

Programme Post-Opératoire* Programme Pré Opératoire Programme Prévention Rééduc +

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : F H

Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin généraliste Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

**Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : CPAM RSI MSA LMDE CMU
 SMEREP Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :

Téléphone : ALD : OUI NON

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail : Lien avec le patient :

PERSONNE DE CONFIANCE, SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail : Lien avec le patient :

Un établissement



Clinique Les Jeunes Chênes
21b Avenue de l'Europe
64000 PAU
Tel : 05.59.02.19.20
Fax : 05.59.02.19.19
hdjssrpau@emeis.com

DEMANDE D'ADMISSION
Hôpital de jour
SMR Polyvalent et gériatrie
CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES
- PATIENT ADULTE -
À remplir uniquement par le médecin adresseur
ÉLÉMENS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Nom et Prénom du patient :

Antécédent somatiques :

Antécédent psychiques :

Etat somatique actuel :

Etat psychique/cognitif actuel :

Traitements en cours (merci de joindre la dernière prescription) :

REEDUC + :

- Post chute Post AVC
 Suite décompensation maladie aigüe Suite décompensation cardiaque ou pneumologique

PREVACTION (personne agréée fragile mais non dépendante, GIR 5 ou 6) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble équilibre | <input type="checkbox"/> Isolement social |
| <input type="checkbox"/> Prevenir Perte Autonomie | <input type="checkbox"/> Perte de poids récente |
| <input type="checkbox"/> Risque de chute/chute à répétition | <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire débutant |
| <input type="checkbox"/> Reprise d'activité physique | |

POST-OPÉRATOIRE/PRÉ-OPÉRATOIRE :

Type d'opération :

Date de l'intervention :

Chirurgien :

Histoire de la maladie :

Date souhaitée de début :

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

**ENVOYER VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Coordonnées de l'HDJ
Tél : 05 59 80 61 41
E-mail : lilia.allou@mssante.com / hdjssrpau@emeis.com