

## DEMANDE D'ADMISSION

### Hôpital de jour

### SMR Polyvalent et gériatrie

## CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES

### - PATIENT ADULTE -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

### ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

#### MOTIF DE LA DEMANDE :

Programme Post-Opératoire\* ☐ Programme Pré Opératoire ☐ Programme Prévaction 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 : .....

**DEMANDE D'ADMISSION**  
**Hôpital de jour**  
**SMR Polyvalent et gériatrie**  
**CLINIQUE LES JEUNES CHÊNES**  
**- PATIENT ADULTE -**

À remplir uniquement par le médecin adresseur

**ÉLÉMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS**

Nom et Prénom du patient : .....

Antécédent somatiques : .....

.....

Antécédent psychiques : .....

.....

Etat somatique actuel : .....

.....

Etat psychique/cognitif actuel : .....

.....

Traitement en cours (merci de joindre la dernière prescription : .....

.....

**REEDUC + :**

☐ Post chute ☐ Post AVC

☐ Suite décompensation maladie aïgue ☐ Suite décompensation cardiaque ou pneumologique

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

☐ Trouble équilibre

☐ Isolement social

☐ Prevenir Perte Autonomie

☐ Perte de poids récente

☐ Risque de chute/chute à répétition

☐ Trouble de la mémoire débutant

☐ 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**