

# DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Merci de renvoyer cette demande dûment complétée au service des préadmissions

CONFIDENTIEL



À retourner par e-mail :  
**admission@clinique-tamarins.fr**  
Ou par fax : **0262 45 85 10**

Adjointe Bed Manager : **Mme Nathalie VINCENT**  
(Pré-admissions / Gestion des lits)

Ligne directe : **0262 45 85 17** ou Portable : **0692 66 76 66**

La demande d'hospitalisation permet à notre équipe de compléter le dossier médical du patient et de lui assurer une prise en charge optimale. Afin de réduire le temps de traitement de la demande, il est important que le médecin prescripteur complète **en totalité** le document.



À retourner par e-mail :  
**admission@clinique-tamarins-sud.fr**  
Ou par fax : **0262 70 19 20**

Adjointe Bed Manager : **Mme Alexandra GASP**  
(Pré-admissions / Gestion des lits)

Accueil : **0262 74 09 74** ou Ligne directe : **0262 74 09 60**

## ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Établissement : .....  
Service : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Date d'hospitalisation : .....

## MÉDECIN DEMANDEUR :

.....

## MÉDECINS INTERVENANTS :

Médecin traitant : .....

IDE libéral(e) (coordonnées) : ..... Pharmacie habituelle : .....

## INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT

Nom et prénoms : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... N° Tél. : .....  
Adresse : .....  
N° Sécurité Sociale : .....  
Mutuelle : .....  
CSS :  oui  non ALD :  oui  non  en cours  
Affection : .....  
Chambre seule :  oui  non Entrée souhaitée le : ..... / ..... / .....

Spécialiste : .....

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Diagnostic - motif d'hospitalisation

### Projet thérapeutique

### Consignes particulières (appui, isolement septique...) RDV prévus

### Autres pathologies en cours

#### Antécédents

#### Facteurs de risques / Pathologies associées / ATCD

HTA  Diabète  Obésité  Tabac  Alcool

Allergies Oui  Non

Préciser : .....

#### Traitements actuels

## INFORMATIONS PARAMÉDICALES

### Évaluation de l'autonomie

<b>HABILLAGE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> S'habille et déshabille seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour habillage	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour habillage haut bas	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour habillage haut bas
<b>HYGIÈNE CORPORELLE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Toilette seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour la toilette	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour la toilette	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour la toilette
<b>DÉPLACEMENT</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Déplacements et transferts seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert une présence pour les déplacements	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Aide partielle pour transfert / déplacement	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aide totale pour transfert / déplacement
<b>ALIMENTATION</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Mange et boit seul(e)	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Aide pour couper la viande / verser un liquide	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Assistance partielle pour s'alimenter / boire	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Assistance totale pour s'alimenter / boire
<b>CONTINENCE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Contrôle complet	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Incontinence exceptionnelle (<1 x / semaine)	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle (<1 x / jour)	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Incontinence complète
<b>COMPORTEMENT</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Comportement approprié	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Surveillance lors de situations inhabituelles	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Conduite inappropriée une partie du temps	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Conduite inappropriée le plus souvent MMS : .....
<b>COMMUNICATION</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/> Comprend et s'exprime normalement	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> Requiert parfois une aide pour communiquer	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/> Requiert souvent une aide pour communiquer	<b>Assistance totale</b> <input type="checkbox"/> Aphasique / s'exprime de façon inappropriée

**Collaboration :**  Toujours  Souvent  Parfois  Rarement

#### Soins en cours :

- Escarre(s)       demeure       Nombre : .....  
 Trachéotomie      Sondage  évacuateurs      Pansement(s)  Localisation : .....  
 Stomie  
 Régime, précisez : .....  Nutrition parentérale      Nutrition par sonde :  SNG  GPE

### SITUATION SOCIALE

Personne sous protection juridique :  oui  non  curatelle  tutelle  en cours

Si oui : Identité du responsable légal : .....

Coordonnées du responsable légal : .....

Personne à prévenir (nom + téléphone) : .....

Le patient vit seul :  oui  non Si non, préciser avec qui : .....

#### Habitat

- Appartement  Adapté au patient  
 Maison  Aménagement à prévoir : .....

#### Projet de sortie à envisager

- Retour au domicile envisageable  Maison de retraite  
 Placement en famille d'accueil  Structure médico-sociale  
 Autre, précisez : .....

Démarche sociale débutée, à quelle date : .....

#### Autres informations utiles

#### Nom ou cachet du Médecin demandeur

Nom : .....

Le : ...../...../.....

Signature :

## Pièces à fournir lors de l'entrée

- Pièce d'identité
- Carte vitale et attestation de carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CMU si le patient en est bénéficiaire
- Attestation Affection Longue Durée (ALD)
- Le carnet de santé
- La lettre de liaison (compte-rendu d'hospitalisation)
- Les examens récents
- Les directives anticipées

## POUR LES PATIENTS MINEURS

- Pièce d'identité du mineur
- Pièce d'identité du / des titulaires de l'autorité parentale
- Copie du livret de famille
- En cas de litige, le jugement du tribunal notifiant l'autorité parentale  
Si mineur émancipé : notification de décision

## Trousseau d'admission

### Nécessaire de toilette

#### *De manière générale*

- Gel douche ou savon (x2) et shampoing
- Brosse à dents et dentifrice
- Peigne ou brosse à cheveux et élastiques (si nécessaire)
- Déodorant
- 4 serviettes et 4 gants de toilette

#### *Pour les hommes*

- Rasoirs à usage unique (1 paquet, éviter la marque BIC car ils sont trop coupants) ou rasoir électrique
- Mousse à raser

#### *Optionnel*

- Parfum ou eau de Cologne
- Huile ou crème hydratante pour le corps

### Nécessaire vestimentaire

- 4 sous-vêtements (slips ou culottes et soutien-gorge)
- 6 tee-shirts amples (pas de chemise)
- 6 shorts (élastiqués à la taille dont 1 short d'une taille supérieure à la taille habituelle du patient)
- 4 pantalons (élastiqués à la taille) et/ou leggings pour les femmes
- 2 gilets ou pull
- 4 pyjamas ou chemises de nuit
- 4 paires de chaussettes
- 1 paire de chaussures fermées (type sandales à scratch ou baskets)
- 1 paire de savates ou chaussons



Le linge sale n'est pas pris en charge par la Clinique et doit être récupéré, lavé et retourné au patient par la famille au moins une fois par semaine.

## Les outils des Cliniques Les Tamarins Ouest & Sud

**Balnéothérapie**



**Lokomat**



**Appartement thérapeutique**



**Matériel de rééducation complet**



**Bassin de rééducation**



**Groupe Les Flamboyants**  
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ