

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
tamo.gdl@glf.mssante.fr (messagerie sécurisée)

Clinique
Les Tamarins Ouest

Ou par fax : **0262 45 85 10**

Adjointe Bed Manager :
(Pré-admissions / Gestion des lits)

Mme Nathalie VINCENT

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
tams.gdl@glf.mssante.fr (messagerie sécurisée)

Clinique
Les Tamarins Sud

Ou par fax : **0262 70 19 20**

Adjointe Bed Manager :
(Pré-admissions / Gestion des lits)

Mme Alexandra GASP

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 :

Spécialiste :

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 : / /

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

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

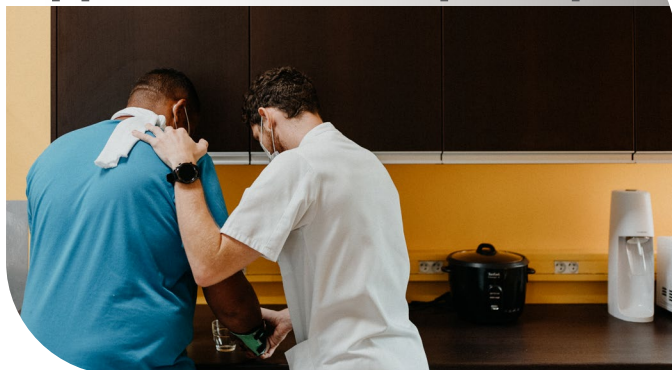
Balnéothérapie



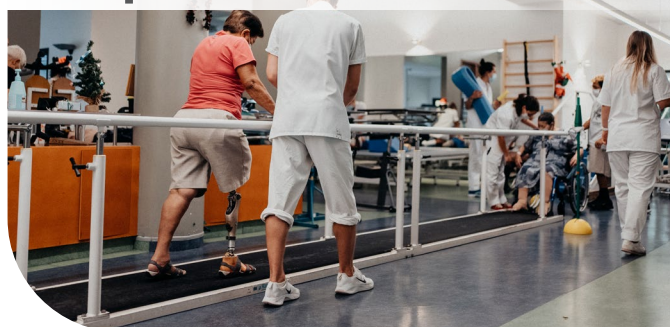
Lokomat



Appartement thérapeutique



Matériel de rééducation complet



Bassin de rééducation



Groupe Les Flamboyants
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ