



Demande d'admission Clinique de l'Iroise

Afin de pouvoir accueillir au mieux les patients que vous nous adressez, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et nous le faire parvenir par fax au **02.98.03.45.90** ou par mail : **admissions@cliniquedeliroise.fr**

Médecin adresseur et téléphone :		Médecin traitant :	
Nom / Prénom du patient:		Date de Naissance : ___ / ___ / _____	
Nom de jeune fille :			
Numéro de téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___			
Adresse :			
Code postal : _____ Ville :			
Numéro de sécurité sociale : _____			
Mutuelle :		<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ALD PSY <input type="checkbox"/> ALD NON PSY	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation Complète <i>Joindre ordonnances en cours de validité et apporter les boîtes de traitements non psychiatriques à l'admission</i>		<input type="checkbox"/> Hospitalisation de Jour <i>Joindre ordonnances en cours de validité</i>	
Motif d'hospitalisation :			
.....			
<u>Antécédents somatiques :</u>		<u>Antécédents psychiatriques :</u>	
.....		
.....		
.....		
<u>Autonomie alimentaire :</u>		<u>Autonomie dans les déplacements :</u>	
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire:.....		<input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Utilisation canne,	
<input type="checkbox"/> Repas mixé		<input type="checkbox"/> Aide déambulateur, ou	
<input type="checkbox"/> Aide au repas		fauteuil roulant	
<u>Autonomie dans l'élimination :</u>		<input type="checkbox"/> Porteur BMR	
<input type="checkbox"/> Incontinence		<input type="checkbox"/> Porteur BHRE	
<input type="checkbox"/> Port de protection			
<u>Allergies :</u>		<u>Précautions particulières :</u>	
.....		
.....		
<u>Médecin référent souhaité :</u> <input type="checkbox"/> Indifférent			
<input type="checkbox"/> Dr Chauvel <input type="checkbox"/> Dr Dubois <input type="checkbox"/> Dr Sabri <input type="checkbox"/> Dr Westphale			

Date souhaitée d'admission : ___ / ___ / _____

Signature du Médecin :

Réservé à l'établissement :

<input type="checkbox"/> Accord	Signature du Médecin :
<input type="checkbox"/> Refus : Motif :	
.....	
Couverture Mutuelle :	<input type="checkbox"/> Chambre seule
.....	<input type="checkbox"/> Chambre Grand Confort