

LHSS Clermont/Beauvais SATO Picardie	DOSSIER D'ADMISSION	Version : 01
		Date : 12/04/2023

Bureaux de Creil

9 rue du Marechal
Delattre de Tassigny
60100 Creil
Tél : 03 44 70 40 80

Date de la demande :/...../..... Date d'admission :/...../.....

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... Age : à : département :

Nationalité :

Sexe : Homme

 Femme

Situation familiale : Célibataire Séparé[e] Pacsé[e] Marié[e]

 Divorcé Veuf[e] Concubinage

Enfants : Oui Non

Accueil dans la structure : Seul

 En couple

 Avec enfant Age :

Si hospitalisation : personne ressource

Nom et adresse de la personne à contacter en cas de difficultés :

Nom Prénom

Adresse

Nature du lien : Ami[e] Ascendant Descendant Autre Sans

Si autre précisez

Situation Administrative

Faire impérativement une photocopie de tous les documents d'identité ou administratifs lors de la constitution du dossier

Existe-t-il :

Un suivi social : Oui Non

Si oui : Adresse et coordonnées de la structure ainsi nom de la personne qui vous suit :

.....
.....

Un suivi judiciaire : Oui Non

Si oui : Adresse et coordonnées de la structure ainsi nom de la personne qui vous suit :

.....
.....

Papier d'identité

Sécurité sociale

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans | <input type="checkbox"/> Sans | | |
| <input type="checkbox"/> Carte nationale d'identité | <input type="checkbox"/> SS de base | | |
| <input type="checkbox"/> Passeport | <input type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> MSA | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Carte de séjour | <input type="checkbox"/> CSS | Date de validité / / | |
| <input type="checkbox"/> Déclaration de perte <input type="checkbox"/> Attestation | <input type="checkbox"/> Mutuelle | Nom N° carte | |
| <input type="checkbox"/> Livret de famille | <input type="checkbox"/> Aide méd. D'Etat | | |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Carte vitale | Nom N° carte | |
| <input type="checkbox"/> ALD 100% | | | |

Nom et coordonnées du Médecin traitant :

.....
.....

Ressources :

Sans

RSA date de renouvellement : / / Nom et coordonnées du référent :

.....

AAH date de renouvellement : / /

Assedic Date de fin de droit/...../.....

Pension invalidité

Autre préciser :

Mesure de protection

Sans MASP Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Nom et adresse du service :

.....

Nom et coordonnées de la personne référente de votre dossier :

.....

RAPPORT SOCIAL

Nom et signature du rédacteur

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

A renvoyer à l'attention du DR BALDY

Nathalie.baldy@sato-picardie.fr

Demande adressée par : Date de rédaction du dossier :/...../.....

Docteur : Structure :

Tél : Fax : @Courriel :

Patient :

NOM : **PRENOM :**

Né[e] le : **Age :** **Lieu de naissance :**

Département : **Nationalité :**

Sexe : Homme Femme

Taille :cm **Poids à l'admission :**kg

Motifs médicaux de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pathologie principale avec diagnostic précis et pathologie(s) associée(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ETAT DE SANTE

Etat général	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Relation	<input type="checkbox"/> facile	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> difficile
Autonomie	<input type="checkbox"/> marche seul(e)	<input type="checkbox"/> béquille	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant
	<input type="checkbox"/> appui	<input type="checkbox"/> toilette avec aide partielle	<input type="checkbox"/> toilette avec aide complète
	<input type="checkbox"/> toilette seul(e)		
	<input type="checkbox"/> repas (seul)	<input type="checkbox"/> repas avec aide partielle	<input type="checkbox"/> repas avec aide complète
Addiction	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="checkbox"/> Mésusage de médicaments
	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Héroïne
	<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Autres	

Si autre, précisez

- Quel type de produits consommez-vous ? Sous quelle forme ?

.....

- Depuis combien de temps ?

.....

- A quelle fréquence ?

.....

- Quelle quantité par jour consommez-vous ?

.....

- Avez-vous déjà souhaité et/ou entrepris des démarches pour un arrêt de votre consommation ?

.....

- Si oui par quel processus ?

.....

- Seul ou accompagné ?

.....

Radio pulmonaire jointe oui non

Si non date du dernier contrôle

Vaccinations	<input type="checkbox"/> DT Polio	<input type="checkbox"/> Hépatite B
	<input type="checkbox"/> Rappel coqueluche	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> IDR :	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative date :/....../.....

Allergies oui non

Si oui types d'allergies

Autres pathologies (Cardio, Pneumo, Neuro-psychiatrique, autres)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitements et soins en cours

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observations

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature du Médecin

Tampon du Médecin

Rédaction	Validation par	Date et signature
L'équipe du LHSS Clermont/Beauvais	Mr X. Fournival Directeur général Docteur N. Baldy Heymes	