



LHSS Clermont/Beauvais
SATO Picardie
Siège social Château de Flambermont
2 rue des Malades
60000 St Martin le Noeud

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

Bureaux de Clermont

2 rue des Finets

60600 Clermont

Tél : 03 75 34 00 10

Sabrina.launois@sato-
picardie.fr

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

☐ Sans

☐ Carte nationale d'identité

☐ Passeport

☐ Carte de séjour

☐ Déclaration de perte ☐ Attestation

☐ Livret de famille

☐ Autre

Sécurité sociale

☐ Sans

☐ SS de base

☐ CPAM

☐ CSS

☐ Mutuelle Nom N° carte.....

☐ Aide méd. D'Etat

☐ Carte vitale NomN° carte

☐ ALD 100%

☐ MSA ☐ Autre

Date de validité / /

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 :

.....

[illegible]

4

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** ☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais
- Relation** ☐ facile ☐ moyenne ☐ difficile
- Autonomie** ☐ marche seul(e) ☐ béquille ☐ fauteuil roulant
- ☐ appui ☐ toilette avec aide partielle ☐ toilette avec aide complète
- ☐ toilette seul(e)
- ☐ repas (seul) ☐ repas avec aide partielle ☐ repas avec aide complète
- Addiction** ☐ Alcool ☐ Cocaïne ☐ Mésusage de médicaments
- ☐ Tabac ☐ Crack ☐ Héroïne
- ☐ Cannabis ☐ 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 ☐ DT Polio ☐ Hépatite B

☐ Rappel coqueluche ☐ BCG

☐ IDR : ☐ Positive ☐ 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



LHSS Clermont/Beauvais
SATO Picardie
Siège social Château de Flambermont
2 rue des Malades
60000 St Martin le Noeud

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