

> DEMANDE D'ADMISSION



(A adresser au Secrétariat Médical de l'Unité d'Hospitalisation de Jour
de Réhabilitation Neurologique - Locomoteur - Brûlés)
Hôpital Léon Bérard - Avenue du Docteur Marcel Armanet - CS 10121 - 83418 HYERES CEDEX)

Unité d'Hospitalisation de Jour Réhabilitation Neurologique - Locomoteur - Brûlés

Secrétariat
Médical

☎ 04 83 69 26 85

💻 hdj.rehabilitation@leonberard.com
💻 hdj.rehabilitation@leonberard.mssante.fr
💻 www.leonberard.com

Demande d'admission établie le :

Date de réception (à compléter par HLB) :

Demandeur :

Etablissement : Service :

Médecin demandeur : ☎ 📄

Autre demandeur : ☎ 📄

Patient :

Nom usuel : Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le : à : Age : ans Sexe : M F

Adresse :

Téléphone : Adresse électronique :

Nationalité : Profession :

Date d'entrée souhaitée :

Informations médicales et para-médicales

Dernière période d'hospitalisation : Du au

Etablissement / Service :

Diagnostic principal (préciser la date de début de l'affection / si intervention(s) chirurgicale(s), préciser la date et la nature du (des) gestes) :

.....

.....

.....

Diagnostics associés :

.....

.....

.....

.....

Antécédents :

.....

.....

.....

Allergies :

.....

Traitements en cours :

Consignes éventuelles :

Etat général : Poids : kg Taille : m

Bilan infectieux :

Si le patient est infecté, origine de l'infection : Urinaire Respiratoire Autre

Si identification de bactéries multi-résistantes : Germe :

Mesure d'isolement : Oui Non

Régime alimentaire : Diabétique Hyposodé Autre :

Documents à joindre en lien avec la dernière hospitalisation :


Compte-rendu opératoire Compte-rendu d'hospitalisation

Autonomie :

Troubles cognitifs	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Déplacements	Autonome <input type="radio"/>	Aide humaine ou matérielle <input type="radio"/>	Aide totale <input type="radio"/>
Alimentation	Sans aide <input type="radio"/>	Aide partielle <input type="radio"/>	Aide totale <input type="radio"/>
Contenance urinaire	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Contenance anale	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Etat cutané	Normal <input type="radio"/>	Plaies <input type="radio"/>	

Autres informations

Médecin-traitant :

Nom : Ville : 

Chirurgien :

Nom : Ville : 

Autre Médecin :

Nom : Ville : 

Mesure de protection judiciaire : aucune sauvegarde curatelle tutelle
mise en place en cours

Sécurité Sociale :

Nom de l'assuré : Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Caisse : Ville :

Qualité du bénéficiaire : assuré conjoint enfant personne vivant maritalement avec l'assuré autre

Transports :

Le patient et/ou la famille peuvent-ils assurer le transport pendant le séjour : oui non

Temps de transport estimé entre le domicile et l'Hôpital Léon Bérard : Inférieur à 1 heure Supérieur à 1 heure

A noter que la prise en charge de transports en série nécessite d'obtenir l'accord préalable du Service Médical de l'Assurance-Maladie.

Démarches sociales en cours :

Décision médicale (cadre réservé HLB) : Accepté Refusé Reporté