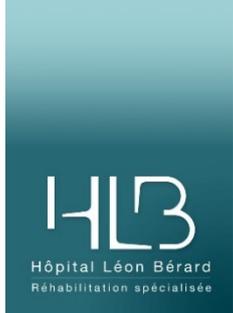


# > DEMANDE D'ADMISSION



(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](mailto:hdj.rehabilitation@leonberard.com)  
💻 [hdj.rehabilitation@leonberard.mssante.fr](mailto:hdj.rehabilitation@leonberard.mssante.fr)  
💻 [www.leonberard.com](http://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 :**

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