



> DEMANDE D'ADMISSION

(A adresser au Secrétariat Médical du Bureau des Admissions - Hôpital Léon Bérard
Avenue du Docteur Marcel Armanet - CS 10121 - 83418 HYERES CEDEX)

Bureau des Admissions

04 94 38 00 10

admissions@leonberard.com

admissions@leonberard.mssante.fr

Réhabilitation Brulés & Locomoteur
Réhabilitation Cardiaque

☎ 04 94 38 05 06

Réhabilitation Locomoteur & Traumatologie
Réhabilitation Neurologique
Réhabilitation Vasculaire & Locomoteur

☎ 04 94 38 05 08

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

Traitements en cours :

Consignes éventuelles (exemple, délai d'appui pour les opérés des membres inférieurs) :

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 : urinaire respiratoire autre

Germe :

Mesure d'isolement : oui non

Soins médicaux et paramédicaux :

Sonde gastrique Sonde urinaire Stomie Préciser :

Trachéotomie Aspiration O₂ : l/mn

Pansements Escarres Matelas anti-escarres

Régime alimentaire :

Texture : normale hachée mixée

Observations sur la prise en charge :

Autonomie :

Troubles de la vigilance		coma stade II- III	3	coma vigil	2	vigilance normale	1	
Comportement	agressif opposant	4	DTS	3	troubles mineurs ou inconstants	2	normal	1
Continence urinaire continence anale	non non	4	non oui	3	oui non	2	oui oui	1
Toilette	aide complète	4	aide partielle	3	installation	2	autonomie	1
Alimentation	aide complète	4	aide partielle	3	installation	2	autonomie	1
Déplacements transferts	aide complète	4	aide humaine	3	aide matérielle	2	autonomie	1

TOTAL :

Signature du Médecin :

Signature Infirmier(e) ou Cadre Infirmier(e) :

Autres informations

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Lien : 

Nom : Lien : 

Médecin-traitant :

Nom : Ville : 

Situation de famille : vit seul avec conjoint en milieu familial en structure collective

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

Devenir envisagé : Retour à domicile envisagé : oui non

Si oui, l'entourage peut-il assurer ce projet ? oui non

Démarches sociales en cours :

Autres établissements sollicités :

Engagement du service-envoyeur :

- Pour les patients en provenance d'un établissement, le service-envoyeur s'engage à reprendre le patient en cas d'aggravation médicale.

Engagement du patient :

- à se conformer aux indications précisées dans le livret d'accueil de l'établissement,
- à pourvoir au règlement des frais de séjour pour la part non prise en charge par l'organisme d'assurance-maladie.

Signature du Médecin :

Signature du Patient :

Décision médicale (cadre réservé HLB) :

Accepté

Refusé

Reporté