



CLINIQUE
DES PORTES
DE L'EURE

Au service du mieux être

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Dossier à retourner au secrétariat médical :

Par courrier : 1 rue Bonaparte 27200 VERNON

Tel secrétariat: 02.32.71.63.30

Par fax au : 02.32.71.63.31

Par mail : admission@clinique-portes-eure.com

NOTE EXPLICATIVE

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-après le dossier de demande d'admission de notre établissement. Il comporte deux parties :

- Une partie administrative à compléter **par vos soins**,
- Une partie médicale à faire compléter **par le médecin qui vous oriente vers notre structure**.

Afin de nous permettre de traiter votre demande d'admission, merci de joindre **obligatoirement** à la présente demande :

- Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle en cours de validité,
- Le cas échéant, une photocopie de l'attestation d'affiliation à la CMU,
- Une photocopie de votre carte nationale d'identité ou carte de séjour,
- Une photocopie des ordonnances de tous les traitements en cours datées de moins d'un mois.**

Si la demande concerne une personne mineure,

- Une photocopie du livret de famille,

Si la demande concerne une personne majeure sous protection juridique,

- Une photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique.

Si la demande concerne une personne reconnue en situation de handicap,

- Une photocopie de(s) notification(s) de la MDPH.

Une fois le dossier complété, veuillez nous le retourner par courrier, fax ou mail aux adresses mentionnées en première page.

Attention : En cas de dossier incomplet, la demande ne pourra être étudiée. Dans tous les cas, les « INFORMATIONS OBLIGATOIRES » sont à renseigner en étant le plus exhaustif possible.

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmerons qu'il est complet. Votre dossier sera ensuite étudié dans les plus brefs délais, par l'équipe médicale qui donnera un avis favorable ou pas à votre admission. Celui-ci vous sera communiqué rapidement.

Remarque : Un rendez-vous de pré-admission pourra être organisé si l'équipe médicale l'estime nécessaire.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous écrire à l'adresse :
contact@clinique-portes-eure.com



Date de la demande :

Demande d'admission- Partie administrative

Madame

Monsieur

Nom et Prénom(s) du patient :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Situation familiale

Marié(e), pacsé(e)

Divorcé(e), séparé(e)

Concubinage

Célibataire

Veuf

Nombre d'enfant(s) : dont mineur(s) à charge

Domiciliation :

Mode de vie

Domicile personnel

Hébergé(e)

En institution

Profession :

En activité : Oui Non , précisez :

Téléphone :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle

CMUc

ALD

Nom de l'ALD.....

Invalidité

Représentant légal (si le patient est mineur ou majeur protégé) :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du médecin adresseur :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du médecin généraliste déclaré :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du psychiatre référent:

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Autres informations administratives utiles à votre admission que vous souhaitez porter à notre connaissance :

Tutelle

Curatelle

Nom de l'organisme



Demande d'admission- Partie médicale

Type d'hospitalisation envisagée :

Hospitalisation à temps complet

Hospitalisation de jour (centre de réhabilitation)

Motif de la demande d'admission :

Antécédents :

Histoire de la maladie récente :

Altération de l'état général :

Oui

Non

Si oui, précisez (perte de poids, perte d'autonomie,) :

Addictions

Oui

Non

Si oui, précisez le type d'addiction et la date du sevrage :

Troubles du comportement alimentaire

Oui

Non

Si oui, précisez poids/taille ou l'IMC :

Objectifs sociaux :

Oui

Non

Si oui, précisez :

***En cas de perte d'autonomie, merci de remplir l'échelle d'autonomie ci-jointe**

Signature du patient et du médecin



Annexe

ECHELLE D'AUTONOMIE DE KATZ (A.D.L.)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

<u>ECHELLE A.D.L</u>	1ère évaluation Date : Score:	2ème évaluation Date : Score:	3ème évaluation Date : Score:
<i>HYGIENE CORPORELLE</i>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<i>HABILLAGE</i>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<i>ALLER AUX TOILETTES</i>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul (e)	0	0	0
<i>LOCOMOTION</i>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<i>CONTINENCE</i>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<i>REPAS</i>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

FICHE DE REGIME PREADMISSION

SI VOUS DEVEZ SUIVRE UN RÉGIME ALIMENTAIRE LORS DE VOTRE SÉJOUR DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT, NOUS VOUS REMERCIONS DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER CE DOCUMENT AVANT VOTRE ADMISSION

1. IDENTIFICATION

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date prévue de l'admission à la Clinique des Portes de L'Eure le : _____

Etiquette Patient

2. REGIMES PROPOSEES A LA CLINIQUE

MERCI DE COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES

Habitues alimentaires	Régime	Texture	Liquide	Allergie(s) alimentaire(s)
<i>Si différent de « Normal » ou si présence d'allergie alors une prescription médicale sera nécessaire</i>				
<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans viande rouge <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Végétarien	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Hypercalorique- Hyperprotéique <input type="checkbox"/> Hypocholestérolémiant <input type="checkbox"/> Hyposodé <input type="checkbox"/> Pauvres en fibres <input type="checkbox"/> Riche en fibres <input type="checkbox"/> Sans résidu / fibre strict <input type="checkbox"/> Sans sel (hypertension artérielle, maladie cardiovasculaire)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Haché (fin) <input type="checkbox"/> Mixé (très fin) <input type="checkbox"/> Moulinée	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Eau enrichie en magnésium <input type="checkbox"/> Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Eau pétillante	

À RETOURNER AVANT VOTRE ENTRÉE POUR TOUTE DEMANDE DE RÉGIME

Document à renvoyer :

Par voie postale à : Clinique des Portes de l'Eure, 1 rue Bonaparte, 27200 Vernon

Par mail au : c.martins@clinique-portes-eure.com

m.adanc@clinique-portes-eure.com



DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE/PERSONNE A PREVENIR

Votre identité

Je soussigné(e), (Nom, Prénom)

Né(e) le / / résidant à l'adresse suivante :

Code postal : Ville :

Mesure de protection : Tutelle Curatelle Pas de Protection

Désignation de la personne de confiance

Pourquoi ? La personne de confiance est celle qui peut consultée être si vous n'êtes pas en état d'exprimer votre volonté ou de recevoir de l'information à cette fin. (Application de la loi du 04 mars 2002 concernant les droits des malades)

Je souhaite désigner comme personne de confiance pour la durée de mon séjour

Monsieur Madame

Nom, Prénom

Résidant à l'adresse suivante :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Le patient ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Désignation de la personne à prévenir

Pourquoi ? Si vous rencontrez des difficultés lors de votre séjour, (sauf cas ci-dessus) de tout ordre, souhaitez-vous que l'établissement contacte :

La personne désignée est la même que la personne de confiance : Oui Non

Compléter uniquement l'encadré ci-dessous s'il s'agit d'une autre personne

Monsieur Madame

Nom, Prénom

Résidant à l'adresse suivante :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Le patient ne souhaite pas désigner une personne à prévenir