



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 REGIME ALIMENTAIRE LORS DE VOTRE SEJOUR DANS NOTRE ETABLISSEMENT, 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

- Diabétique
- Riche en fibres
- Sans gluten (maladie cœliaque)
- Texture hachée
- Texture mixée

- Sans lactose (pas de quiches, flans...)
- Sans sel (sans fromage, sans saucisse...)
- Végétarien (non modifiable durant le séjour)
- Végétalien (non modifiable durant le séjour)
- Sans viande (non modifiable durant le séjour)
- Sans porc (non modifiable durant le séjour)

NB : Aucun régime de complaisance ne sera accepté.

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

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