



2 rue Croix-Pasquier 37 100 Tours  
Tél accueil : 02 47 40 41 42

## Demande d'admission directe

 à faxer au 02 47 40 41 47

ou par e-mail à : [nathalie.binoit@clinique-velpeau.com](mailto:nathalie.binoit@clinique-velpeau.com)

**Renseignements téléphoniques** auprès du cadre de santé, Nathalie BINOIT du lundi au vendredi, 9h-12h et 14h-16h30 au **02 47 40 41 40** (ligne directe)

### Médecin demandeur

NOM : Dr.

Prénom :

 :

 :

@ :

Date de la demande : ...../...../202...

Date d'admission souhaitée : ...../...../202...

### Renseignements administratifs & sociaux

#### Le patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ...../...../19....

Sexe : Féminin  Masculin

Adresse :

N° de tél. :

Vit seul  Seul mais entouré  En couple

Personne à prévenir : Nom :

N° de tél. : Lien de parenté :

Protection juridique :

non  sauvegarde de justice  curatelle

tutelle  mandat de protection future

#### Prise en charge

Qualité du bénéficiaire : Assuré(e)  Ayant droit

Si bénéficiaire ≠ assuré :

Assuré : Nom : Prénom :

Adresse :

N° SS:

Caisse d'affiliation :

Mutuelle : non  oui  à préciser :

Demande de : chambre seule

chambre à deux lits

**Le patient ne doit pas oublier de faire une demande de prise en charge auprès de sa mutuelle.**

### Renseignements médicaux

Situation / pathologie(s) / objectif(s) motivant la prise en charge :

Kinésithérapie souhaitable : oui  non  peut-être

Antécédents significatifs (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques) :

Poids : .....kg Taille : .....cm

Régime alimentaire : Normal  Diabétique  Hyposodé  Hépatique  Hyperprotidique  Mixé  Sans résidus

Si allergie(s), préciser :

Si conduite(s) à risque, préciser : Alcool  Tabac  Stupéfiants  Sevrage

### Traitements

Traitements en cours (y compris traitement personnel)

Traitement particulier : Radiothérapie  Chimiothérapie  Dialyse

Médicament	Dosage	Horaire	Durée (si prescrite)	Observations

### Soins infirmiers

Portage d'une BMR : non (dépistage négatif)  non recherché  oui  Infection : non  oui , site :

Isolement nécessaire : non  oui , cause :

Etat cutané : Normal  A risque

Plaies  Si oui, localisation(s) et taille(s) :

Escarres  Si oui, localisation(s) et taille(s) :

Si pansement(s) important(s), temps estimé :

Autres soins :

### Autonomie du patient

Degré de dépendance (cocher une case par ligne)

		Autonomie	Aide partielle	Aide totale
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation (précisions) :

Risque de fausse route	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>
Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/>
Alimentation entérale :	
- Stomie d'alimentation	<input type="checkbox"/>
- Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>

Nature de la dépendance (entourer les rubriques concernées)

Déplacements	Patient chuteur	Béquille	Déambulateur	Fauteuil roulant	Bas / bandes à varice
Appareillage	Orthèses	Prothèses	Traction	Pace-maker	Autres
Respiration	Aspiration	Oxygène	Ventilation	Aérosol	Trachéotomie
Vue	Diminuée / appareillée	Cécité			
	Diminuée / appareillée	Surdité			
Incontinence urinaire	Diurne	Nocturne	Protections	Sonde urinaire à demeure	Etui pénien
	Incontinence anale	Diurne	Nocturne	Protections	Stomie d'élimination
Comportement	Agitation / agressivité	Risque de fugue	Confusion	Troubles mineurs	Troubles majeurs
	Humeur et mémoire	Dépression / apathie	Anxiété	Désorientation	Troubles de la mémoire
Relation	Trouble du langage	Trouble de la compréhension	Ne parle pas le français	Ne comprend pas le français	
	Sommeil	Insomnie	Somnolence		
Thermorégulation	Hypothermie				
	Hyperthermie				

### Devenir de la personne

Possibilité de récupération

Retour à domicile  ⇒ avec aide  Domicile : maison  appartement

Entrée en institution  ⇒ démarches entreprises : aucune  par la famille  par une assistante sociale  Tél. :

Nature des démarches entreprises :

(Ne pas remplir : réservé à un médecin de l'établissement)

#### DECISION

Pourra être admis le ...../...../202...

Ne pourra être admis en raison de : manque de place / relève d'un autre type de SSR / autre raison (préciser) :

Demande incomplète à cause de :

Tout malade présentant à son entrée dans l'établissement un état pathologique ne correspondant pas à celui décrit sur le présent certificat risque à la suite de la visite médicale d'entrée, de ne pas pouvoir finalement être admis à la clinique.