

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Nom : _____

Prénoms : _____

Date de réception du dossier : ____ / ____ / ____



Madame, Monsieur,

Vous allez remplir un dossier de demande d'admission pour le Centre de Ressources Territorial de l'hôpital St Lazare.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande ne vaut pas une admission.

Le service vous apportera une réponse écrite dans les meilleurs délais après réception du dossier complet.

Si ce dossier n'est pas rempli par la personne concernée, merci d'indiquer la personne qui a renseigné le document :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Lien avec la personne concernée : _____

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- ☐ Copie pièce d'identité recto-verso
- ☐ Copie attestation sécurité sociale
- ☐ Copie jugement de protection judiciaire si concerné
- ☐ Dossier médical (ci-joint)

CE DOSSIER EST A RETOURNER :

- Soit par mail à crt@hopital-stlazare.com
- Soit par courrier à CRT Hôpital Saint lazare
3 rue Jean médecin
06430 TENDE

I. SITUATION SOCIALE ET ADMINISTRATIVE

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre

Nom de Naissance _____ D'usage _____

Prénoms _____

Date de naissance _____ Âge _____

Nationalité _____ Lieux de naissance _____
(Commune/Pays)

N° de Sécurité social ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Mail _____ @ _____

Lieu de vie

☐ Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Résidence autonomie ☐ Résidence sénior

☐ Long séjour ☐ Autres (précisez) : _____

Type de lieu de vie ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Hébergé

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e)
☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e)

Nombre d'enfant(s) _____

Nom	Prénom	Coordonnées/Infos supplémentaire	
		☐ A proximité ☐ A distance	
		☐ A proximité ☐ A distance	
		☐ A proximité ☐ A distance	
		☐ A proximité ☐ A distance	

Animaux ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché « Oui » Combien _____

Et quel type d'animaux (*chien, chat ; ...*) _____

Situation légale

Mesure de protection ☐ oui ☐ non ☐ en cours

Si oui, laquelle ☐ Tutelle ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcé
☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale

Représentant légal : _____

Ressources

Retraite _____

APA _____

CAF _____

Autre(s) _____



Présence d'un aidant ☐ Oui ☐ Non

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stable, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la quotidienne. » Article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

Si vous avez coché « oui » :

Nom de Naissance _____ D'usage _____

Prénoms _____

Téléphone _____ Mail _____

Adresse _____

Code postale _____ Ville _____

Désignation d'une personne de confiance ☐ Oui ☐ Non

« La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. A défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D.311-0-4 CASF)) »

Si vous avez coché « oui » :

Nom _____

Prénoms _____

II. Intervenant

SAAD (*auxiliaire de vie*) ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

Portage des repas ☐ Oui ☐ Non

Si oui, régime spécifique _____

Assistante sociale ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

III. Situation médicale et paramédicale

Médecin traitant ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Téléphone _____ Mail _____

Vue ☐ Au cabinet ☐ En visite à domicile

Adresse _____

Code postale _____ ville _____

Infirmière ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

Kiné ☐ Oui ☐ Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

SSIAD ☐ Oui ☐ Non

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

Niveau de GIR _____

Appareillages

Fauteuil roulant _____ ☐ Oui ☐ Non

Lit médicalisé _____ ☐ Oui ☐ Non

Matelas anti-escarres _____ ☐ Oui ☐ Non

Déambulateur / Canne _____ ☐ Oui ☐ Non

Orthèse _____ ☐ Oui ☐ Non

Prothèse (dont prothèse dentaire) _____ ☐ Oui ☐ Non

Pacemaker _____ ☐ Oui ☐ Non

Autre (précisez) _____ ☐ Oui ☐ Non



DOSSIER MEDICAL

À remettre sous pli confidentiel.

Merci de joindre la dernière ordonnance de traitement.

Identité du patient

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre

Nom de Naissance _____ D'usage _____

Prénoms _____

Date de naissance _____ Âge _____

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____



Informations médicales

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques :

Pathologies actuelles et état de santé

(Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois)

ALD ☐ Oui ☐ Non

Traitement

Allergies ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez



Affections cardiovasculaires _____ ☐

Affections neurologiques _____ ☐

Troubles psychiatriques (dépression, anxiété) _____ ☐

Etat démentiel _____ ☐

Syndrome parkinsonien _____ ☐

Affections respiratoires _____ ☐

Affections dermatologiques _____ ☐

Affections rhumatologiques _____ ☐

Affections digestives _____ ☐

Affections néphrologiques _____ ☐

Affections ophtalmologiques en évolution _____ ☐

Phase terminale _____ ☐

Autre, précisez _____

Poids _____ taille _____

Risque de chute ☐ Oui ☐ Non

Pansement ou soins cutanés

Pansement d'ulcère _____ ☐ Oui ☐ Non

D'escarres _____ ☐ Oui ☐ Non

Localisation _____

Stade _____

Soins techniques

Oxygénothérapie Continue _____ ☐ Oui ☐ Non

Non continue _____ ☐ Oui ☐ Non

Sondes d'alimentation _____ ☐ Oui ☐ Non

Sondes trachéotomie _____ ☐ Oui ☐ Non

Sonde urinaire _____ ☐ Oui ☐ Non

Gastrostomie _____ ☐ Oui ☐ Non

Déficiences sensorielles

Visuelle ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

Auditive ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

Gustative ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

Olfactive ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

Vestibulaire ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

Tactile ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle _____

