



CENTRE HOSPITALIER DE VAISON LA ROMAINE POLE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

A adresser par courrier : Centre Hospitalier - Service SMR - 18, grande rue 84110 Vaison la Romaine.
par fax : 04.90.36.57.32

par mail à ces 2 adresses simultanément : p.barioz@ch-vaion.fr, n.tramier@ch-vaion.fr

HOSPITALISATION SOUHAITEE : COMPLETE DE JOUR

CHAMBRE PARTICULIERE : OUI NON

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Médecin

Adresse

Tél

Date de la demande Date d'entrée souhaitée

Certificat médical remis au patient qui l'adresse à son organisme d'assurance maladie OUI NON

IDENTITE DU PATIENT

Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Adresse

Téléphone domicile Portable

Mutuelle CMUC

MOTIF D'HOSPITALISATION

.....
.....

ANTECEDENTS

.....
.....

CONFIDENTIALITE

Les informations contenues dans ce document sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué.

Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la dévoiler, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter immédiatement.

TRAITEMENT EN COURS

.....

.....

CONDITIONS DE VIE

- Vit seul(e) oui non
- Dans un appartement au rez-de-chaussée marches d'accès extérieures/intérieures
 à l'étage, avec ascenseur à l'étage, sans ascenseur
- Dans une maison de plain-pied à étage(s) marches d'accès extérieures/intérieures

AUTONOMIE

Aides humaines à domicile

- Mobilité actuelle autonome marche avec aide est levé(e) au fauteuil aide totale

ALIMENTATION

- mange seul(e) aide partielle aide totale
- troubles de déglutition risques de fausse route régime

HYGIENE

- autonome aide à la toilette aide à l'habillage

ELIMINATION

- Urines : continent incontinent Sonde à demeure
- Selles : continent incontinent

ETAT PSYCHIQUE

- normal dépressif confus désorienté fugueur

ETAT SENSORIEL

- Problèmes de vue d'audition de communication de respiration

ETAT CUTANE

- Escarres non oui localisation(s) :

RISQUE INFECTIEUX

- non oui infection germe(s) résistant(s)
localisation(s)

CONSIGNES PARTICULIERES

.....

.....

DEVENIR APRES HOSPITALISATION

.....

.....

CACHET ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

CONFIDENTIALITE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur,

Médecin généraliste spécialiste :,

certifie que l'état de santé de :

- **Mr/Mme**
- né(e) le.....,
- domicilié(e)
-
- N° immatriculation :
- Organisme d'Assurance Maladie :

nécessite une prise en charge en Service de Soins Médicaux et de Réadaptation à l'Hôpital de Vaison la Romaine (Finess 840000111 – DMT 172) en :

Hospitalisation complète Hôpital de Jour

pour une durée globale de semaines.

Motif :

.....

Fait à

Le

Docteur

A REMETTRE AU PATIENT QUI L'ADRESSE A SON ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

CONFIDENTIALITE

Les informations contenues dans ce document sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué.
Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la dévoiler, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter immédiatement.