



# 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** : j.ponzo@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.