

ANTECEDENTS		
Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques
Conduites addictives		Allergies
Traitements en cours (Joindre ordonnance)		
<input type="checkbox"/> Problèmes infectieux nécessitant <input type="checkbox"/> Statut Covid et vaccination		

Autonomie

Poids :	Taille :	Observations/Actions	Remarques
Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appui autorisé <input type="checkbox"/> Appui interdit <input type="checkbox"/> Risque de chute Aide technique : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
Hygiène	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Risque d'escarre	
Elimination Contenance	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Incontinence : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> SAD	

		<input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Fécale	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale Régime :	
Respiration	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Dépendance	<input type="checkbox"/> Kiné respi <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> O2, débit : <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> SAS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Appareillage 	
Communication	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Désorientée <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution	<input type="checkbox"/> Appareillage auditif <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Barrière linguistique :	
Comportement	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Angoissé <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale	
Sommeil	<input type="checkbox"/> Dort bien <input type="checkbox"/> Réveils fréquents <input type="checkbox"/> Ne dors pas		

Environnement social

PROTECTION JURIDIQUE : NON OUI : Tutelle Curatelle Demande en cours

Coordonnées :

LOGEMENT : Appartement Maison Etages sans ascenseurs Vit seul

Institution (préciser) :

INTERVENANTS AU DOMICILE AVANT HOSPITALISATION : NON OUI (préciser noms et coordonnées):

IDE/SSIAD :

Kiné :

Aides à domicile :

Autres :

Bénéficiaire APA : oui non

Fiche administrative (à remplir si possible par le patient ou la famille)

Nom d'usage : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F M

Adresse :

Tel (fixe) : Tél (portable) :

N° Sécu : _ _ _ _ _ CMU AME

Caisse d'affiliation et Adresse (*joindre attestation*) :

Nom et Coordonnées mutuelle (*joindre carte*) :

Tél : Fax :

Chambre particulière demandée OUI NON

Séjour en rapport avec : ALD : Acquis Démarches en cours

Suite opératoire > 123 €

AT ou maladie professionnelle

Autre :

Personne à prévenir :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Médecin Traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Fax :

Pharmacie :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Fax :

Le patient a désigné une ambulance de référence : OUI NON

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

Tél :

Fax :

Récapitulatif des documents à joindre :

Demande d'admission HC à l'Institut de Réadaptation de Romainville dûment remplie

- **Attestation de Sécurité Sociale du patient**
- **Justificatif (s) de protection sociale** : mutuelle (carte mutuelle recto-verso), CMU-c/AME, AT/MP, bénéficiaire art. 115, bénéficiaire du régime Alsace-Moselle, ALD

A L'ADMISSION :

- Carte d'identité
- Carte vitale
- Carte de mutuelle


- **Si hospitalisation complète : chèque d'acompte de 900€**
- **Si domicile** : dernier compte-rendu d'hospitalisation connu, ordonnance des traitements actuels.
 - Documents et compte-rendu d'examens
 - Examens cliniques et/ou para clinique (kiné, psycho, diététique...)
 - ECBU de moins de 48 heures
 - Ordonnances portant sur les traitements et prescriptions de sortie
 - Rendez-vous prévus
 - Tout autre document jugé utile pour optimiser la qualité de la prise en charge administrative ou médicale

POUR TOUTE AUTRE DEMANDE D'ADMISSION JOINDRE :


 *La secrétaire administratif/admission*

Tél. : 01.41.83.58.38

DOSSIER D'ADMISSION ET DOCUMENTS :

 A faxer au : **01.41.83.58.28**

 A déposer à l'accueil HC de l'établissement

 A adresser par courrier :

Institut de Réadaptation de Romainville
Secrétariat des admissions
140, rue Paul de Kock
93230 Romainville

 A adresser par courriel : E-mail : admission.irr@lna-sante.com