

### Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ  
Médecin coordonnateur
- Docteur Bernard BONNABEL
- Docteur Fanny CAMPAGNIE

### Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION  
Président de la CME

### Pneumologie –Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

### Médecin DIM

- Docteur Pierre PELEPOL

### Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Christine PETITJEAN
- Mme PRADA-PRAT Sandra
- M. Rémy CARILLET

### Enseignant en activités physiques adaptées et santé

- M. Jérôme DIGEON
- M. Rémi LUCCHINI

### Ergothérapeute

- Mme Emmanuelle MAZENC

### Assistante Sociale

- Mme Christine FASSETTA

### Diététicienne

- Mme Vanessa CASETTO

### Psychologue clinicienne

- Mme Laurence HENIN

## DEMANDE D'ADMISSION

Etablie par : Dr/Ets

### **ETAT CIVIL DU PATIENT**

Nom et prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

**Numéro sécurité sociale :**

**Caisse de sécurité sociale :**

Adresse :

☎ :

Situation familiale :

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

☎ :

Chambre particulière souhaitée : Oui / Non

**JOINDRE COPIE DE LA CARTE MUTUELLE**

**Pathologie en cours motivant l'hospitalisation en SSR**

**Syndrome infectieux en cours : NON  OUI : .....**

**Allergies**

**Antécédents**

**Créatinine \* :**

**Poids actuel \* :**

**Taille \* :**

**\* données obligatoires**



### Dépendance physique

|                                |  |   |                                      |
|--------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <b>Toilette / Habillage :</b>  | Seule <input type="checkbox"/>                   | Aide partielle <input type="checkbox"/>   | Aide totale <input type="checkbox"/> |
| <b>Alimentation :</b>          | Seule <input type="checkbox"/>                   | Aide partielle <input type="checkbox"/>   | Aide totale <input type="checkbox"/> |
|                                | Régime alimentaire : .....                       |   |                                      |
|                                | Troubles de la déglutition : oui / non           |   |                                      |
| <b>Elimination :</b>           | Incontinence urinaire :                          | <b>Jour</b> : oui / non                   | <b>Nuit</b> : oui / non              |
|                                | Incontinence fécale :                            | <b>Jour</b> : oui / non                   | <b>Nuit</b> : oui / non              |
|                                | Sonde vésicale : oui / non                       |   | Stomie : oui / non                   |
| <b>Déplacement transfert :</b> | Sans aide <input type="checkbox"/>               | Aide partielle <input type="checkbox"/>   | Aide totale <input type="checkbox"/> |
|                                | Déambulateur / rollator <input type="checkbox"/> | Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> | Lève-malade <input type="checkbox"/> |

### Dépendance cognitive

|                       |   |                                     |                                  |  |                                     |
|-----------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Comportement :</b> | Adapté <input type="checkbox"/>         | Agité <input type="checkbox"/>      | Anxiété <input type="checkbox"/> | Déambulation <input type="checkbox"/>    | Dépression <input type="checkbox"/> |
|                       | Autres troubles du comportement : ..... |                                     |                                  |  |                                     |
| <b>Orientation :</b>  | Normale <input type="checkbox"/>        | Désorienté <input type="checkbox"/> | Confus <input type="checkbox"/>  | Risque de fugue <input type="checkbox"/> |                                     |

### Etat cutané

|                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| <b>Escarres :</b> oui / non | <b>Plaies :</b> oui / non |
| <b>Localisations :</b>      |                           |

### Aides en place

### Devenir à l'issue du séjour

Je soussigné(e), Dr.....  
certifie que M n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.  
L'accueil dans votre établissement serait souhaitable pour le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date : Signature et Cachet :

☎ :

**JOINDRE LES TRAITEMENTS EN COURS (ordonnances)**



Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif  
456 chemin des Espérels - 83830 Figanières  
Téléphone standard : 04.98.10.38.00 - Fax : 04.98.10.38.10  
contact@cliniquelesesperels.fr / medecins@cliniquelesesperels.mssante.fr  
Site internet : www.clinique-les-esperels.fr - Certification HAS Février 2022  
Siret : 312 456 221 00018 - Finess : 830016556

