



CLINIQUE
DES MINIMES

ENREGISTREMENT

Demande d'admission en hospitalisation complète SMR

23/07/2026- v08

Ref : ENR-PP-022

PAGE : 1/3

Date de la demande : Date d'admission souhaitée :

Contact de l'établissement demandeur :

Tél, Fax, Mail :

Médecin traitant :

Tél, Fax, Mail :

ETAT CIVIL DU PATIENT

NOM, Prénom :

NOM de naissance : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone : / / / /

Personne à prévenir (lien de parenté) :

Téléphone : / / / /

PRISE EN CHARGE

Qualité du bénéficiaire : ☐ Assuré(e) ☐ Ayant-droit

Organisme de S.S. : N° :

Adresse :

Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non

Organisme : N° :

Adresse :

Prise en charge chambre particulière : ☐ Oui ☐ Non

SITUATION SOCIALE

☐ Vit seul ☐ Vit seul et entouré ☐ En couple
☐ Au domicile ☐ En EHPAD ☐ En foyer logement

Intervenants à domicile avant l'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Précisez, ☐ IDE, Coordonnées :
☐ Kinésithérapeute, Coordonnées :
☐ Auxiliaire de vie, Coordonnées :

Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

Coordonnées tuteur ou curateur :

 CLINIQUE DES MINIMES	ENREGISTREMENT	23/07/2026– v08
	Demande d’admission en hospitalisation complète SMR	Ref : ENR-PP-022
		PAGE : 2/3

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Diagnostic actuel – Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objectif attendu de l’hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avenir envisagé après la prise en charge en SMR :

- ☐ Retour à domicile
- ☐ Retour dans la famille
- ☐ Placement en institution, type :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demande d'admission en hospitalisation complète SMR

Autonomie actuelle :

Hygiène corporelle :

- ☐ Autonome
- ☐ Surveillance
- ☐ Aide partielle, stimulation
- ☐ Participe peu
- ☐ Dépendant

Elimination :

- ☐ Autonome
- ☐ A besoin d'être réorienté
- ☐ A toujours besoin d'aide
- ☐ Ne se souille pas mais urines et selles partout
- ☐ Incontinent

Continence :

- ☐ Continent
- ☐ Incontinence occasionnelle
- ☐ Incontinence urinaire
- ☐ Incontinence fécale
- ☐ Double incontinence

Troubles du comportement :

- ☐ Agressivité
- ☐ Fugue
- ☐ Déambulation

Habillage :

- ☐ Autonome
- ☐ Surveillance
- ☐ Aide partielle, stimulation
- ☐ Participe peu
- ☐ Dépendant

Locomotion :

- ☐ Autonome
- ☐ Marche seul + matériel :
- ☐ Marche avec 1 aide
- ☐ Marche avec 2 aides
- ☐ Pas de marche

Alimentation :

- ☐ Autonome
- ☐ Préparation (couper, peler)
- ☐ Aide, stimulation, présence
- ☐ Participe peu
- ☐ Faire manger

Texture alimentaire :

- ☐ Normal
- ☐ Haché
- ☐ Mixé

Troubles cognitifs : ☐ légers ☐ modérés ☐ sévères ☐ aucun

Commentaires :

.....

.....

« Dossier bien renseigné = Admission facilitée »

Clinique des Minimes

100, Bd. Pierre et Marie Curie, 31200 TOULOUSE

Tél : 05.82.08.40.77 - Mail : admissions@clinique-minimes.fr - Fax : 05.82.08.41.03

Encadré réservé à la Commission d'admission de la clinique des Minimes

Demande acceptée : ☐

Date d'admission : / /

N° de chambre :

Médecin référent :

Demande refusée : ☐

Motifs du refus :

.....

Information à l'adresseur le :