

I- VOLET ADMINISTRATIF

Date de la demande : Date d'admission souhaitée :
 Médecin demandeur : Tel :
 Si patient actuellement hospitalisé :
 Etablissement/Service : Tel :

IDENTITE PATIENT

NOM, Prénom :
 NOM de naissance : Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
 Téléphone : / / / /
 Personne à prévenir
 Nom et Lien de parenté : Téléphone : / / / /

PRISE EN CHARGE SOCIALE

Qualité du bénéficiaire : ☐ Assuré(e) ☐ Ayant-droit
 Organisme de S.S. : N° :
 Adresse :
 Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non
 Organisme : N° :
 Adresse :

II- ENVIRONNEMENT SOCIAL

Mode de vie

☐ Vit seul ☐ Vit seul et entouré ☐ Vit en couple ☐ Vit en famille

Lieu de vie

☐ Domicile ☐ Structure d'hébergement : ☐ EHPAD
☐ Foyer logement
☐ USLD

Nom de la structure et Tel :

Intervenants à domicile avant l'hospitalisation

☐ IDE (Nom et Tel) :
☐ Kinésithérapeute (Nom et Tel) :
☐ Auxiliaire de vie (Nom et Tel) :

Protection juridique

☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

Nom et Tel du mandataire :

III- VOLET MEDICAL

Médecin traitant : Tel :

Gériatre : Tel :

Neurologue : Tel :

Diagnostic :

☐ Maladie d'Alzheimer

☐ Maladie apparentée :

Diagnostic associé :

.....
.....

Antécédents :

.....
.....
.....
.....
.....

Troubles du comportement perturbateurs :

☐ Opposition

☐ Agressivité

☐ Hyperémotivité

☐ Hallucinations

☐ Troubles moteurs

☐ Agitation

☐ Troubles du sommeil graves

☐ Autres :

Histoire de la maladie :

.....
.....
.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....
.....

Objectif attendu de l'hospitalisation :

.....
.....
.....
.....
.....

Avenir envisagé après la prise en charge en UCC :

☐ Retour sur le lieu de vie

☐ Institutionnalisation, type :

Autonomie actuelle

Hygiène corporelle : ☐ Autonome ☐ Surveillance ☐ Aide partielle, stimulation ☐ Participe peu ☐ Dépendant	Habillage : ☐ 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
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

IV- COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :