

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

Nom de la structure et Tel :

Protection juridique

☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

Nom et Tel du mandataire :

III- VOLET MEDICAL

Autonomie

ADL : / 6

Toilette : ☐ Oui ☐ Non Habillage : ☐ Oui ☐ Non
 Alimentation : ☐ Oui ☐ Non Marche : ☐ Oui ☐ Non Matériel :

Médecin traitant : Tel :

Diagnostic :

- ☐ Maladie d'Alzheimer
☐ Maladie apparentée :

Diagnostic associé :

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

MMS :

Antécédents :

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

Troubles du comportement :

- | | |
|---|---|
| ☐ Opposition | ☐ Troubles moteurs |
| ☐ Agressivité | ☐ Agitation |
| ☐ Hyperémotivité | ☐ Troubles du sommeil graves |
| ☐ Hallucinations | ☐ Autres : |

Histoire de la maladie :

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

Traitement en cours :

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

Demande à adresser à :

Clinique des Minimes – Hôpital de jour
100, boulevard Pierre et Marie Curie
31200 TOULOUSE

Tél : 05.82.08.41.25 - Mél : secretaire.medhdj@clinique-minimes.fr - Fax : 05.82.08.41.04
<http://www.clinique-minimes.fr>

Encadré réservé au service

VALIDATION : ☐ Oui ☐ Non

Date d'admission : / / Heure :

Si refus, motif :