



LA MAISON des OLIVIERS

Clinique de Soins de Suite

29 rue Joseph Hubert, BP 15, 97435, Saint Gilles les Hauts

www.maisondesoliviers.re

Coordonnateur des admissions : Mme Sabrina KHETTAL

Heures d'admission :

11h à 14h

Tel : 02 62 55 41 41

Fax : 02 62 55 42 30

Mail : admission@maisondesoliviers.re

Étiquette

Nom :

Prénom :

Age :

H F

Date de naissance :

CETTE DEMANDE D'ADMISSION DOIT ETRE RENSEIGNÉE DANS SA TOTALITÉ (*) POUR NOUS PERMETTRE DE LA TRAITER RAPIDEMENT ET GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.

Origine du patient * Service Domicile

Date d'admission souhaitée *

Hospitalisé depuis le *

Médecin* :

Etablissement* :

Tél* :

Fax* :

Service* :

Médecin traitant (si≠)* :

Renseignements administratifs sur le patient

Adresse du domicile du patient*		Tel :
		Mail :
Personne à prévenir * (Nom, Prénom, Adresse)		Tel :
		Mail :
Personne de confiance * (Nom, Prénom, Adresse)		Tel :
		Mail :
Référent Linge, Tuteur, ... (Nom, Prénom, Adresse)		Tel :
		Mail :

Prise en charge du séjour

Numéro de sécurité sociale*			Caisse		
Tutelle démarche en cours	Curatelle	Sauvegarde de justice	Pays d'origine (hors France) :		
			AME Evacuation sanitaire		
Mutuelle* :		CMU Acc T.	Mutuelle décès Non Oui :		
ALD déjà acquise	démarche en cours	Supplément chambre	Oui Non	Forfait journalier Oui Non	

Informations ADMINISTRATIVES importantes à signaler :

Devenir

Vit seul Oui Non _____ Retour lieu de vie envisageable Oui Non

Demande de placement en cours Non Oui _____ (JOINDRE LE PROJET SOCIAL)

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles

Appui Autorisé Déficit : _____ NIHSS /42 Barthel /100

Intervention chirurgicale* : Non Oui _____ Date de l'intervention* :

Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

HTA Diabète AVC : date Dénutrition
 Tabac Alcool Conduites addictives : Actif Sevré

Objectifs Rééducatifs

Le patient est-il connu par une **équipe pluridisciplinaire** ? Non Oui :

Traitement : JOINDRE LA COPIE DE L'ORDONNANCE

Compléments d'informations sur le traitement en cours et sur le traitement habituel

Informations de prise en charge

Capacités fonctionnelles*	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	Commentaire :
Déplacements*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lit strict Fauteuil Pas d'appui Cannes Déambulateur Fauteuil roulant
Transferts*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lève malade Matelas de transfert Autre :
Faire sa toilette*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Habillage*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aller aux toilettes*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elimination urinaire : Incontinence Protection Etui pénien Sondages intermittents SAD
				Elimination fécale : Incontinence Protection Stomie d'élimination digestive date
Alimentation*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles de la déglutition Nutrition parentérale
				Nutrition entérale : date NasoGast. Jéjunostomie
Communication				Régime : Texture : Normale Hachée Mixée

Soins et équipements	Voie veineuse S/C CIP Patient TRANSFUSE le Pansement(s) Trachéotomie Oxygène (O2) Prestataires particuliers :
----------------------	---

Portage d'une BMR	Non (dépistage négatif) Non recherché Oui
-------------------	---

Infection	Non Oui : Site de l'infection :
-----------	---------------------------------

Escarres	Non Oui	Plaie chirurgicale	Non Oui
----------	---------	--------------------	---------

Troubles de la conscience	Non Oui : Glasgow :
---------------------------	---------------------

Troubles de l'humeur	Non Oui : Idées suicidaires Déprimé Anxieux Idées noires
----------------------	--

Troubles cognitifs	Non Oui : Amnésie Troubles du sommeil MOCA :
--------------------	--

Troubles du comportement	Non Oui : Agressivité / violence Contention Risque de fugue
--------------------------	---

Informations complémentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Statut COVID-19 / testé le :

Consentement du patient ou de l'entourage pour son hospitalisation à la Maison des Oliviers : Oui Non

Demande remplie par :

le :

Signature :

Demande reçue le / /	Réponse de la Clinique le / /
<input type="checkbox"/> Admission possible le / /	<input type="checkbox"/> Pas de possibilité d'admission
Sous réserve de :	Motif :



LA MAISON des OLIVIERS

Clinique de Soins de Suite

PIECES A AMENER A L'ENTREE

- Pièce d'identité
- Carte vitale et attestation carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CMU si vous en êtes bénéficiaire
- Attestation Affection Longue Durée (ALD)
- Comptes rendus d'hospitalisation (courriers détaillés)
- Les résultats d'examens récents

Santé		N° Sécurité Sociale		N° Carte Vitale	
Nom	Prénom	Sexe	Age	Date de naissance	Date de validité
Détails de la couverture maladie					



TROUSSEAU DEMANDÉ AUX PATIENTS ADMIS A LA MAISON DES OLIVIERS

(Le linge personnel n'est pas entretenu par la Clinique. Merci de prévoir une personne pour le laver)

• Un nécessaire de toilette :

- Savon
- Mousse à raser
- Shampoing
- Dentifrice
- Brosse à dent
- Gants de toilette
- Serviettes de toilette
- Peigne / Brosse
- Protections périodiques pour les femmes



• Pour une semaine minimum :

- Des vêtements de rechange
- Des sous-vêtements
- Un lainage
- Des vêtements de nuit
- Des chaussures / Savates

Vous pouvez amener votre ventilateur en cas de forte chaleur.