

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

CONFIDENTIEL

A compléter en caractères d'imprimerie ou dactylographier – envoyer par fax ou par e-mail

À l'attention du médecin conseil – confidentiel

Données sur le patient

Nom, prénom : Sexe: M F

Date de naissance :

Assurance mal. de base:

Complémentaire – privée:

Assurance accident:

.....

Diagnostic principal:

.....

Comorbidités pertinentes:

.....

.....

Traitements (médicaments, régimes, etc.):

.....

.....

Anamnèse actuelle motivant la demande:

.....

.....

Réadaptation (ne cocher qu'une seule spécialisation):

Médecine interne / Oncologie

Musculo-squelettique

Psychosomatique

Objectif de l'hospitalisation (plusieurs réponses possibles):

Réadaptation aux AVQ

Reconditionnement

Soutien psychologique - Eloignement des facteurs de stress

Renutrition - Traitement des troubles du comport. alimentaire

Prise en charge de la douleur (douleurs chroniques)

Sevrage – Traitement de dépendance(s)

Suite de traitement médical impossible en ambulatoire

Autre (à préciser):

Motif: Maladie Accident

Durée de séjour: 21 jours Autre (préciser):

Date d'entrée souhaitée dès le:

Médecin envoyeur

Timbre

N° de tél.:

Date et signature:

Décision du médecin conseil

A compléter par l'assurance et retourner par e-mail: admissions.cgm@hcuge.ch

Accepté selon convention tarifaire en vigueur pour..... jours

Refusé, motif(s):

Date et signature:

Données complémentaires sur le patient

Nom, prénom :

Adresse légale

Tél. privé :

Rue, n°

Tél. mobile :

Complément de rue

E-mail :

NPA, Localité

Canton :

Etat civil : **Nationalité :** **Profession :**

Autres médecins impliqués dans la prise en charge du/de la patient(e) :

.....

Répondant service social / Tél. :

Répondant soins à domicile / Tél. :

Dépendances

OH BZD Tabac Autre :

Risque infectieux

MRSA BLSE CPE Autre :

Degré d'autonomie

Indépendant Semi-dépendant Dépendant

Moyens auxiliaires

Fauteuil électr. Chaise roulante Rollator Cannes/autres:

Appareil respiratoire

CPAP O2 débit : l/mn Autre :

Besoins nutrition

PEG SNG Bypass Autre :

Lieu de retour prévu :

Domicile avec famille sans assistance avec assistance

Domicile seul sans assistance avec assistance

Etablissement de soins **EMS** **Foyer**

Renseignements complémentaires utiles à la prise en charge :

.....

Médecin envoyeur : **N° de tél. :** **Date :**

.....