

DEMANDE DE GARANTIE DE PRISE EN CHARGE

Merci de transmettre la demande de garantie de prise en charge auprès de l'assurance de votre patient et de nous envoyer l'accord obtenu avec votre demande d'admission

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION HOSPITALIERE

Département réadaptation et gériatrie (DRG)
Service de médecine interne et de réadaptation
SMIR - Beau-séjour
Fax no : 022/372.35.58
Tel chef de clinique – admissions : 079/55.35.761
Suivi administratif : 022/37.23.545 ou 29.147

Pour tout renseignement complémentaire,
merci de contacter le médecin signataire

PATIENT - E

Nom : Date de naissance :
Prénom : Etat civil :
Adresse : Téléphone :
..... Nationalité :
Personne à joindre en cas de besoin :

ASSURANCE

Nom de l'assurance de base (obligatoire) No d'assuré(e)
Nom de l'assurance complémentaire No d'assuré (e)
Nom de l'assurance-accident (si accident) No d'assuré(e)
Patient informé : oui non

Nombre de jours accordés :

PROVENANCE

En provenance du domicile :

Coordonnées du Médecin-traitant :

Adresse :

Tél :

En provenance d'un établissement médicalisé :

Nom de l'établissement :

.....

.....

Dr

Tél :

But de l'hospitalisation au SMIR-BS : Gestion de l'antalgie, réadaptation marche -> obésité / Dlr lombaire
*Date, nom, signature et tampon du médecin-traitant
ou du médecin de l'établissement médicalisé*

Patient-e admissible dès le

Durée de séjour souhaitée :

Lieu de retour prévu :

Important : Une lettre de transfert accompagne le-la patient-e à l'admission

RAPPORT MEDICO-INFIRMIER

Diagnostics et problème médicaux actuels :

.....

.....

.....

.....

.....

Comorbidités:

.....

.....

.....

Allergies : **MRSA/BMR** : Oui Non

Status physique :

Marche : indépendant(e) dépendant(e) se déplace avec aide transferts
seul(e) tendance aux chutes moyen auxiliaire Autre :

Respiration : sous O2 trachéo. appareillé la nuit (C-Pap)

Alimentation : normale nutrition entérale nutrition parentérale
régime ⇒ de quel type ?

Elimination : incontinence urinaire anale sonde à demeure urostomie
colostomie

Téguments : escarres ⇒ localisation autre

Etat psychique : sans problème agité troubles mnésiques
désorienté en temps espace risque de fugue

Traitement actuel (médicaments) : ⇒ *Merci de joindre une ordonnance actualisée*

.....

.....

.....

Autres : Veuillez indiquer où et quand (le) ou (les) traitements ont lieu et joindre le protocole.

Chimiothérapie...

Radiothérapie...

Hémodialyse/dialyse péritonéale...

Commentaires :

.....