

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION



Pour tout renseignement complémentaire,  
merci de contacter le flux patients au :

Tél. 079 553 23 87

Fax. 022 372 91 19

Medecine.iag-pole@hcuge.ch

CLINIQUE DE JOLI-MONT  
45, avenue Trembley  
1211 GENEVE 19  
admissions.jolimont@hcuge.ch

## 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-accident (si accident) ..... No d'assuré(e) .....

Veuillez svp prendre note que nous ne disposons pas de chambres privées ni semi-privées à Joli-Mont.

Patient informé : oui non

## PROVENANCE

### En provenance du domicile :

Coordonnées du Médecin-traitant :

Dr .....

Adresse.....

.....

Tél : .....

### En provenance d'un établissement médicalisé :

Nom de l'établissement :

.....

.....

Dr .....

Tél : .....

**But de l'hospitalisation à Joli-Mont :** .....

*Date, nom, signature et tampon du médecin*

**Patient-e transférable dès le :** .....

**Durée de séjour souhaitée :** .....

**Lieu de retour prévu :** .....

**Important : La lettre de transfert accompagne le-la patient-e lors de l'admission**

## RAPPORT MEDICO-INFIRMIER

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

### Diagnostic et problème médical actuel :

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

Comorbidités: .....

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

Allergies : ..... **MRSA** : Oui  Non

### Status physique :

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

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 auront lieu et joindre le protocole.

Chimiothérapie... ≥ .....

Radiothérapie... ≥ .....

Hémodialyse... ≥ .....

Commentaires : .....

.....  
.....